RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1618/2002 **ATAS/885/2004**

ORDONNANCE D'EXPERTISE

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

2ème chambre

du lundi 8 novembre

En la cause

Monsieur O_____, comparant par Me Daniel MEYER en l'étude recourant duquel il élit domicile

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de intimé Lyon 97, 1211 Genève 13

Siégeant : Mme Isabelle DUBOIS, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur O_____, né en janvier 1956, d'origine portugaise, marié et père de deux enfants, a travaillé à plein temps en tant qu'employé d'exploitation auprès de X_____ dès le 1er juin 1990. A ce titre, son salaire annuel s'élevait à 62'728 fr. en 1999.

2. Durant plusieurs années, l'assuré s'est plaint de douleurs lombaires auprès de son médecin traitant, le docteur E_____. Le 10 mars 1997, ce praticien a diagnostiqué une hernie discale postéro-latérale droite L4-L5 comprimant la racine de L-5 droite contre le massif articulaire postérieur droit ainsi que des discrètes protusions discales au niveau L3-L4 et L5-S1. Parallèlement à ce problème, l'assuré a été en incapacité de travailler à 100 % dès le 2 avril 1997 en raison d'une entorse au poignet droit.

3. Le 22 janvier 1998, l'intéressé a derechef été en incapacité de travailler à 100 %, cette fois à cause des lombalgies. Après deux tentatives de reprises de travail à 50 % dans une activité appropriée proposée par les X_____, du 9 février 1998 au 7 avril 1998 et du 7 septembre 1998 au 12 novembre 1998 et une très brève reprise à 100 % du 8 au 30 avril 1998, il n'a plus retravaillé dès le 13 novembre 1998. Il a été à la retraite anticipée à 50 % dès le mois d'octobre 2001 et à la retraite anticipée complète depuis le mois de juin 2002.

4. Du 18 juin au 1er juillet 1998, il a été hospitalisé au département de médecine interne des HUG, division de rhumatologie, pour un traitement intensif, dont notamment une physiothérapie active. Le 29 juin 1998, le docteur A_____, médecin assistant, a posé le diagnostic de lombalgies à répétition, en voie de chronicité. Dans leur rapport du 1er juillet 1998, le docteur B_____, chef de clinique et la doctoresse C_____, médecin assistante, ont diagnostiqué des lombosciatalgies droites communes chroniques ainsi que des cervicalgies récidivantes. Concernant les lombosciatalgies, ils ont relevé que l'examen clinique à l'entrée n'avait montré ni syndrome radiculaire ni signe irritatif, ni vrai syndrome lombo-vertébral et que le bilan radiologique n'avait fourni aucune élément en faveur d'une origine spécifique. Quant aux cervicalgies, l'examen clinique n'avait montré qu'une discrète douleur paravertébrale, sans limitation de la mobilisation ni syndrome radiculaire. En ce qui concernait les gonalgies, ni l'examen clinique ni les radiographies ne montraient d'anomalie susceptible d'expliquer les plaintes. Les médecins ont expliqué que ces dernières devaient certainement être intégrées à l'ensemble du tableau présenté par le patient, à savoir celui d'un syndrome douloureux chronique.

5. Le 22 octobre 1998, le docteur D_____, spécialiste FMH en neurologie et médecin consultant aux HUG a relevé que l'examen neurologique ne révélait pas de signe clair d'atteinte déficitaire, hormis une zone hypodysesthésique compatible

avec une atteinte radiculaire S1 à droite. Il pensait que les douleurs diffuses étaient intégrées dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique. Il ne niait en aucun cas l'existence des trouvailles radiologiques cervicales et lombaires mais l'état clinique du patient ne le poussait pas à proposer une opération.

6. Le 12 mars 1999, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) en sollicitant l'octroi d'une rente.

7. Le 13 avril 1999, le docteur D_____ a expliqué qu'il existait une compression modérée du nerf médian droit au carpe, laquelle était un peu plus importante que lors de l'examen précédent. Pour cette raison, ce spécialiste a expliqué qu'une décompression chirurgicale pouvait être envisagée, tout en tenant compte du fait que le patient présentait un syndrome douloureux chronique, ce qui pouvait entraver la récupération.

8. Le 19 mai 1999, le docteur E_____ a diagnostiqué des gastrites à répétition, une colopathie fonctionnelle, des rachialgies à répétition entrant dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique ainsi qu'une arthrose péri-scaphoïdienne droite sur fracture non consolidée du scaphoïde. Le médecin traitant a décrit l'état de santé de son patient comme stationnaire. Dans un rapport intermédiaire du 10 décembre 2000, après avoir repris ses précédents diagnostics, il a souligné que, malgré les différents traitements, l'état de son patient s'était chronicisé. Une reprise d'activité lui paraissait improbable, ce qui rendait les mesures professionnelles inutiles.

9. Le 19 avril 2001, le professeur F_____, spécialiste en médecine de rééducation, a rédigé un rapport sur mandat de l'OCAI. Après avoir procédé à une anamnèse actuelle et à une anamnèse socioprofessionnelle, il a diagnostiqué une pseudarthrose du scaphoïde du poignet droit avec status post intervention pour dénervation du carpe et des lombalgies chroniques (diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail) ainsi que des cervicalgies, des dorsalgies et une gastrite (diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail). Il a expliqué que l'assuré présentait deux problèmes distincts qui pouvaient avoir une répercussion sur son travail, soit le problème au niveau du poignet et les lombalgies permanentes. Ces deux affections avaient réduit l'activité de l'assuré, qui n'était plus capable de reprendre son activité précédente. Par contre, sa capacité résiduelle de travail dans une autre activité était de 75 %. Le professeur F_____ a précisé que, tant sur le plan physique que sur le plan psychique, l'assuré devait pouvoir assurer un travail léger. Il pouvait exercer une activité de surveillance ou de contrôle, sans efforts physiques. L'assuré était capable de rester debout un certain temps et pouvait rester assis certainement une demi-heure sans problème. Il y aurait ainsi possibilité d'alterner les positions. Au niveau du poignet, ce praticien a relevé qu'une certaine fonction était possible, par exemple écrire ou appuyer sur des boutons ou sur une calculette. En ce qui concernait les mesures de réadaptation

professionnelle, il a précisé qu'elles semblaient illusoires comme l'avait écrit le médecin traitant, dans la mesure où il n'existait aucune motivation de la part de l'assuré. Le travail adapté proposé par l'employeur aurait pu convenir.

10. Par décision du 11 février 2002, l'OCAI a octroyé à l'assuré une demi-rente de l'assurance-invalidité d'un montant de 640 fr. dès le 1er janvier 1999 ainsi qu'une demi-rente pour conjoint de 192 fr. et une demi-rente pour enfant de 262 fr. Le taux d'invalidité a été fixé à 50 %.

11. Par écriture du 15 mars 2002, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente entière dès le 1er janvier 1999 ainsi qu'à des rentes complémentaires pour son épouse et ses deux enfants. Il a souligné que le montant des rentes devait tenir compte des périodes de cotisations effectuées au Portugal. Au cours de son argumentation, il a exposé que l'activité plus légère qu'il avait effectuée à 50 % pour les X_____ dès le 7 septembre 1998, soit le comptage des voyageurs, avait dû être totalement abandonnée le 12 novembre 1998 à cause des douleurs ressenties au niveau du poignet et du rachis. Il a produit un courrier du 17 août 1999 émanant du docteur G_____ du service médical des X_____ précisant que l'assuré n'était plus apte à reprendre une activité professionnelle dans sa précédente activité et que cette inaptitude devait être considérée comme définitive. En ce qui concernait les activités futures, ce médecin relevait qu'il devrait s'agir d'activités sédentaires, sans efforts physiques soutenus, comme par exemple un travail de contrôle ou de surveillance. Le comptage des voyageurs, qui nécessitait de se déplacer dans un train en marche, de monter et de descendre de voitures, n'était pas un travail adapté à l'état de santé de l'assuré, même s'il s'agissait d'un travail allégé. L'assuré a également produit un rapport du 21 mars 2000 du docteur H_____, mandaté pour expertise par les X_____, expliquant qu'il était aléatoire d'envisager une reprise d'activité dans la mesure où même une activité modérée, soit le comptage de voyageurs, n'avait pas été possible. Le médecin a précisé que l'intéressé ne se voyait par ailleurs pas reprendre une activité dans l'administration. Le recourant a par ailleurs critiqué l'expertise du docteur F_____ en relevant qu'elle était en contradiction avec l'avis de tous les autres médecins appelés à se déterminer sur son état de santé. Il a souligné que le docteur H_____ avait expliqué dans un rapport du 11 mars 2002, après avoir pris connaissance de ladite expertise, qu'une retraite anticipée totale était justifiée médicalement et qu'il ne pouvait être envisagé une reprise de travail, même modérée. Ce praticien avait relevé qu'il n'était pas nécessaire d'organiser des investigations spécialisées auprès d'un confrère psychiatre.

12. Par décision du 11 avril 2002, l'OCAI a octroyé au recourant une seconde demi-rente complémentaire pour enfant d'un montant de 256 fr. dès le 1er septembre 1999, basée sur le taux d'invalidité de 50 %. Il a tenu compte de l'apprentissage du premier fils de l'assuré.

13. Par écriture du 13 mai 2002, l'assuré a recouru contre cette décision en se rapportant aux arguments développés dans son premier recours. Il a sollicité la jonction des causes.

14. Par préavis du 15 mai 2002, l'OCAI a proposé le rejet du premier recours en arguant du fait que l'expertise réalisée par le docteur F_____, sur laquelle il s'était basé pour retenir une capacité résiduelle de travail de 75 %, répondait en tout point aux critères de la jurisprudence en matière de valeur probante et n'était dès lors pas critiquable. Il a souligné que les constatations du docteur E_____, médecin traitant, avaient une valeur probante inférieure à celle de l'expert, ce conformément à la jurisprudence.

15. Par préavis du 12 juin 2002, l'OCAI a également proposé le rejet du second recours en précisant que le principe du versement d'une rente complémentaire en faveur du premier fils du recourant n'était plus litigieux, ainsi que le recourant l'avait lui-même reconnu dans son écriture du 13 mai 2002. En ce qui concernait les autres points litigieux, l'OCAI a renvoyé aux conclusions découlant de son préavis du 15 mai 2002.

16. Le 3 juillet 2002, le recourant a produit, dans le cadre du second recours, deux nouvelles pièces, soit un courrier du docteur G_____ du service médical des X_____ du 28 mars 2002 adressé au service du personnel des X_____ proposant l'augmentation de la retraite anticipée de l'assuré de 50 % à 100 % et un courrier du service du personnel des X_____ du 6 mai 2002 adressé au recourant. Il a intégralement persisté dans ses conclusions.

17. Le 30 juillet 2002, appelé à se déterminer sur les pièces produites, l'OCAI a répondu que le service médical des X_____ avait relevé en avril 2000 déjà que son médecin-conseil, le docteur H_____, ne voyait pas l'assuré reprendre une quelconque activité professionnelle, raison pour laquelle il avait proposé une mise en retraite anticipée. Ces constatations n'avaient cependant pas été confirmées par le professeur F_____ dans son rapport d'expertise. L'OCAI a maintenu sa position telle qu'exprimée dans ses précédentes écritures.

18. Le 10 septembre 2002, le recourant a produit cinq nouveaux rapports médicaux, dont un rapport radiologique du 2 novembre 1999 du docteur I_____ du attestant d'une spondylose dorsale droite et de lésions dégénératives du rachis lombaire et un rapport radiologique du thorax du 3 avril 2001 du docteur J_____ relevant la présence d'une hyperostose vertébrale (maladie de FORESTIER-ROTOS-QUEROL) à localisation dorsale moyenne. Il a également produit deux rapports du docteur K_____ de radiographies de la colonne des 8 et 22 janvier 2002. Le recourant a encore versé à la procédure un rapport du docteur L_____, chef de clinique du département de médecine interne, division de rhumatologie des HUG et de la doctoresse M_____, médecin

assistante, dans lequel ils ont diagnostiqué des lombosciatalgies bilatérales communes chroniques et des cervicalgies chroniques entrant dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique. Sur 18 points de fibromyalgie, 10 étaient positifs.

19. Appelé à se déterminer sur ces pièces, l'OCAI a répondu le 5 novembre 2002 qu'elles avaient été soumises à son médecin-conseil le docteur N_____, lequel avait indiqué dans une note interne du 4 octobre 2002 que les radiographies étaient des examens complémentaires et ne servaient qu'à déterminer s'il existait une cause visible à la symptomatologie mais qu'elles n'indiquaient pas quelles étaient les limitations fonctionnelles. Ce praticien avait estimé en substance que l'examen du docteur H_____ de mars 2002 ne permettait pas de dire que l'état de santé du recourant s'était aggravé de manière objective et que l'expert avait signalé la présence des cervicalgies, des dorsalgies et des lombalgies et qu'il en avait tenu compte dans son évaluation.

20. Par deux nouvelles décisions du 11 novembre 2002 se substituant à celles des 11 février et 11 avril 2002, l'OCAI a octroyé au recourant une demi-rente d'invalidité de 1'005 fr., une rente complémentaire pour conjoint de 302 fr. et une rente complémentaire pour enfant de 402 fr. dès le 1er janvier 1999, ainsi qu'une seconde rente complémentaire pour enfant de 402 fr. dès le 1er août 1999, basées sur un degré d'invalidité de 50 %. Ces nouvelles décisions tenaient compte des années de cotisations effectuées au Portugal par le recourant.

21. Par écriture du 12 décembre 2002, le recourant a derechef interjeté recours contre ces décisions. Il a relevé que les montants des rentes avaient été adaptés compte tenu des périodes de cotisations effectuées au Portugal et que ce point n'était dès lors plus litigieux, mais qu'il entendait persister dans ses conclusions prises dans le cadre de ses premiers recours en tant qu'elles concernaient le degré du taux d'invalidité retenu par l'OCAI. Il a à nouveau sollicité la jonction des causes. Il a en outre produit deux rapports médicaux, soit un rapport du docteur E_____ du 17 mars 1997 envoyé au docteur P_____ et un rapport du docteur K_____ du 14 novembre 2002. Le recourant a relevé qu'il ressortait de la première pièce produite que le médecin traitant contredisait de manière flagrante les affirmations du professeur F_____ selon lesquelles les problèmes du recourant n'étaient présents que depuis 1996-1997 dans la mesure où il déclarait dans ce courrier de mars 1997 que l'assuré souffrait depuis plus de cinq ans de lombagos aigus.

22. Le 17 janvier 2004, l'OCAI a répondu qu'en ce qui concernait la contestation relative au degré d'invalidité, il renvoyait à ses précédentes écritures tout en précisant que le certificat du docteur E_____ du 17 mars 1997 ne remettait pas en cause son appréciation du cas.

23. Le 3 mai 2004, le Tribunal de céans a informé les parties que l'ensemble des recours en matière d'assurance-invalidité avaient été joints sous la cause A/1618/2002-2-AI et que les affaires seraient convoquées en comparution personnelle des parties. Par convocation du 14 mai 2004, le Tribunal de céans a ordonné la comparution personnelle des parties à l'audience du 8 juin 2004.

24. Par courrier du 4 juin 2004, l'OCAI a avisé le Tribunal de céans qu'il se référait à ses précédentes écritures. Il a produit un rapport du docteur E_____ du 14 janvier 2004 destiné à l'informer sur l'évolution de l'état de santé de son patient durant l'année 2003. A ce propos, l'office a relevé que ce document avait trait à des faits survenus postérieurement aux décisions litigieuses, raison pour laquelle il était sans pertinence dans la présente procédure. Il ressortait du rapport du docteur E_____ du 14 janvier 2004 que son patient présentait un syndrome de fatigue chronique, assorti de lombalgies à répétition, de sciatalgie bilatérale et de douleurs des membres supérieurs. Un avis avait été demandé en mars 2003 au docteur Q_____ pour des gonalgies gauches récurrentes. Ses conclusions avaient été un possible début d'arthrose dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique. En ce qui concernait le poignet droit, malgré une diminution de la force musculaire, il avait été décidé d'observer l'évolution du problème, une intervention n'étant pas favorable.

25. Lors de l'audience de comparution personnelle du 8 juin 2004, le recourant a notamment contesté le taux d'invalidité retenu en soulignant qu'il existait des documents médicaux contredisant l'expertise du professeur F_____ et qu'il les produirait. Il a critiqué le rapport d'expertise sur plusieurs points. En premier lieu, dans ce document, il était fait mention d'un jardin et de petits travaux de jardinage, alors même qu'il n'avait pas de jardin et ne faisait ainsi pas de petits travaux pendant ses loisirs comme cela était mentionné dans le rapport. Le recourant a précisé qu'il s'était probablement agi d'un problème de compréhension dans la mesure où l'expertise s'était faite sans traducteur. Ensuite, l'expert avait eu tort de mentionner qu'il n'avait pas de douleur pour se raser, se laver ou manger. Celles-ci étaient gérées par les médicaments. S'il devait en revanche écrire toute la journée, les médicaments ne suffisaient plus. Le recourant a encore relevé que l'expert ne lui avait pas examiné le dos de façon complète et que, s'agissant du poignet, il avait indiqué une pseudarthrose alors qu'il y avait eu une fracture ouverte à l'origine suivie d'arthrose. Par ailleurs, l'expert n'avait rien relevé sur le plan neurologique alors que d'autres médecins, dont notamment le docteur D_____ en 1998 ou la division de rhumatologie des HUG, avaient relevé une perte de sensibilité dans les jambes. En outre, le docteur D_____ avait constaté une aggravation en 1999 par rapport à 1998, ce que le professeur F_____ avait nié.

26. Par écriture complémentaire du 30 juin 2004, le recourant a persisté intégralement dans ses conclusions tout en critiquant point par point le rapport d'expertise du

professeur F_____ et a produit un bordereau complémentaire comportant vingt-six pièces supplémentaires. Il ressortait en substance de son écriture que l'expertise était incomplète, parfois fausse et partiale. Le professeur F_____ n'avait notamment pas tenu compte de nombreux rapports radiologiques, dont ceux du docteur I_____ du 8 novembre 1999, du docteur R_____ du 2 février 2000 et du docteur J_____ d'avril 2001 et différait sur de nombreux points objectifs du rapport du docteur L_____ et de la doctoresse M_____ du 23 octobre 2000. Il n'avait pas non plus tenu compte de l'aggravation des douleurs au poignet retenue par le docteur D_____ le 13 avril 1999, n'avait pas compris ce que l'assuré avait expliqué concernant les douleurs ressenties après le maintien d'une position assise plus de cinq à dix minutes et n'avait pas été objectif à plusieurs reprises dans son rapport, notamment en estimant que le recourant avait décliné l'essai d'adaptation de son travail et qu'il se promenait souvent dans son jardin dans lequel il effectuait de petits travaux.

27. Par ordonnance du 2 juillet 2004, le Tribunal de céans a transmis à l'OCAI un exemplaire des écritures et du chargé complémentaire du recourant et lui a fixé un délai au 16 août 2004 pour se déterminer.

28. Par écriture du 16 août 2004, l'OCAI a expliqué avoir soumis l'expertise du professeur F_____ ainsi que l'écriture complémentaire du recourant et son chargé du 30 juin 2004 à l'appréciation du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR Léman). Le docteur N_____ du SMR Léman lui avait donné son appréciation le 21 juillet 2004. Il ressortait de cette pièce que l'anamnèse était la description des faits selon le patient et que c'était pour cette raison que l'expert avait noté différentes appréciations en page une de son expertise qui étaient à mettre en relation avec celles figurant en page quatre. Le médecin-conseil avait rappelé que les découvertes radiologiques, voire même des diagnostics, n'avaient pas d'intérêts en eux-mêmes pour l'assurance-invalidité, car ce n'était pas sur cette base que s'évaluait l'invalidité mais sur les répercussions fonctionnelles ayant une influence sur la capacité de travail. Il n'avait par ailleurs pas pris position sur la discussion concernant le rapport des plaintes telles que notées par l'expert en avril 2001 et contestée par le recourant en juin 2004, se bornant à constater que la question se posait de savoir pourquoi l'expert n'aurait pas retransmis correctement les dires de l'assuré. Il a reconnu que des examens complémentaires effectués en 2003, soit bien après les décisions litigieuses, pouvaient faire penser à une aggravation de l'état de santé, en particulier au niveau des poignets, mais qu'il fallait encore attendre l'effet du traitement, une opération demeurant possible. S'appuyant sur ces précisions, l'OCAI a persisté intégralement dans ses conclusions tendant au rejet du recours.

29. Par écriture complémentaire du 13 septembre 2004, le recourant a sollicité du Tribunal un complément d'expertise par le biais d'une nouvelle expertise neutre et exhaustive devant notamment apprécier l'incidence du syndrome douloureux

chronique sur sa capacité de travail. Il a derechef souligné que l'expertise du professeur F_____ ne remplissait pas les critères requis par la jurisprudence en matière de valeur probante. Il a par ailleurs souligné que de nombreux rapports médicaux avaient fait état d'un syndrome douloureux chronique, également appelé fibromyalgie et que la jurisprudence assimilait cette affection au trouble somatoforme douloureux persistant. Il a encore produit deux certificats médicaux complémentaires des doctoresses S_____, ergothérapeute et T_____, chirurgienne, qui l'avaient suivi durant l'année 2003. Il ressortait de ces pièces qu'il avait effectué des séances d'ergothérapie afin de réduire les douleurs aux poignets mais qu'il avait fallu mettre fin aux séances dans la mesure où ces dernières n'avaient apporté aucun soulagement. Par ailleurs, la doctoresse T_____ avait envisagé une opération à laquelle il avait finalement renoncé après qu'elle lui eut expliqué que l'opération ne lui ferait gagner que peu de sensibilité dans les mains, mais qu'elle ne pouvait pas garantir une amélioration au niveau de la douleur. Si on se référait en outre au rapport du docteur U_____ des HUG en 1997 en le comparant à celui effectué par la doctoresse T_____ en 2003, on constatait une nette aggravation dans la force du poignet. Le recourant a également produit un nouveau rapport médical du docteur I_____ du 2 août 2004 concernant de multiples lésions constatées au niveau du genou gauche.

30. Le 16 septembre 2004, le Tribunal de céans a transmis l'écriture complémentaire du recourant ainsi que les pièces produites à l'OCAI et a gardé la cause à juger.

EN DROIT

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

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

   Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1er juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (ATF 130 I 226).

2. Conformément à l'art. 3 al.3 des dispositions transitoires de la loi modifiant la loi sur l'organisation judiciaire du 14 novembre 2002, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales,

statuant en instance unique sur les contestations en matière d'assurance invalidité notamment (cf. art. 56V LOJ). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA, qui a entraîné des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI) et de son règlement du 17 janvier 1961(RAI), n'est pas applicable en l'espèce, dès lors que le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467, consid. 1, 121 V 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA). Les décisions litigieuses ayant été rendues en date du 11 novembre 2002, le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la LAI et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 . Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur.

4. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 69 LAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS)).

5. Le litige porte préalablement sur la question de savoir si l'expertise réalisée par le professeur F_____ en date du mois d'avril 2001, sur laquelle s'est fondé l'OCAI pour fixer la capacité résiduelle de travail de l'assuré, possède une pleine valeur probante et doit être suivie, ou si une contre-expertise se justifie.

6. a) L'art. 4 al. 1 LAI stipule que l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumé 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. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299). Ainsi, 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).

   Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la

loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration 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 contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise 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).

En effet, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, 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).

Meine souligne que l'expertise doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la

causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (Meine, L'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles ? in RSA 1999 p. 37 ss). Dans le même sens, Bühler expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (Bühler, Erwartungen des Richters an den Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567 ss).

b) En l'espèce, force est de constater que l'expertise du docteur F_____ du mois d'avril 2001 est critiquable à plusieurs égards et que l'OCAI ne pouvait se baser uniquement sur cette dernière pour retenir une capacité de travail résiduelle de 75 %.

En premier lieu, le Tribunal de céans constate que cette expertise comprend des éléments et des avis personnels subjectifs et peu professionnels, voire parfois tendancieux. En effet, l'expert, en page 2 de son rapport relève : « les douleurs du poignet sont aussi permanentes et sont exacerbées par certains mouvements. Par contre, il (le recourant) peut très bien tenir le rasoir et se raser sans aucune douleur, ainsi que se laver ou manger, porter la fourchette à sa bouche, mais dès qu'au lieu d'un rasoir ou d'une fourchette, il a un crayon à la main, les douleurs surviennent ! ». Puis, en page 7, « Il se promène également souvent dans son jardin où il fait peut-être quelques petits travaux, qu'il ne nous a pas avoués, mais c'est un de ses lieux de prédilection ». Non seulement ces assertions ne reposent-elles sur aucun fondement objectif, mais encore dénotent-elles un a-priori de l'expert à l'égard de l'assuré qui n'est pas admissible au vu de l'objectivité dont un expert est censé faire preuve.

Ensuite, l'expertise est incomplète ou en contradiction avec de nombreuses autres pièces médicales. Il serait fastidieux en l'espèce de démontrer de manière exhaustive sur quels points médicaux ce rapport diverge de données médicales relevées par d'autres praticiens, raison pour laquelle il suffira de mettre en exergue les exemples suivants, par ailleurs soulignés par le recourant dans son écriture complémentaire du 30 juin 2004 : ä lire le rapport du 23 octobre 2000 du docteur L_____ et de la doctoresse M_____ de la division de rhumatologie des HUG (cf. pièce 16 du recourant), le Tribunal de céans constate que ces médecins ont mis en évidence une limitation de la rotation interne à gauche de la hanche à 15 ° alors que le professeur F_____ a estimé que les hanches avaient une mobilité normale (cf. p. 3). Par ailleurs, ces praticiens ont relevé l'existence de 10 points de fibromyalgie positifs sur 18 (cf. p. 2), alors que le professeur F_____ n'a rien relevé du tout. En outre, selon les médecins des HUG, le rachis cervical présente des douleurs à la palpation paravertébrale de C4 à C7 des deux côtés, alors que le rapport de l'expert mentionne une mobilité tout à fait normale et aucune douleurs (cf. p. 3). Au niveau du status neurologique, ils ont relevé une hypoesthésie de la face latéro-postérieure de la cuisse droite, de la face

interne de la jambe et du pied droit, lorsque l'expert note « patient parfaitement bien orienté dans le temps et dans l'espace (cf. p. 4) ». Par ailleurs, en ce qui concerne les antécédents médicaux du recourant, et notamment les nombreux arrêts de travail subis dès 1993 en raison des lombalgies, l'expert n'en a mentionné aucun dans son rapport, se bornant à décrire les gastrites à répétition, une gastrite et une colopathie fonctionnelle (cf. p.2). On relèvera également que l'expert n'a pas présenté de manière exhaustive les documents médicaux, et notamment les radiographies, sur lesquels il s'est basé pour son expertise.

Finalement, le Tribunal de céans souligne encore que les réponses de l'expert aux questions concernant la capacité de travail résiduelle du recourant sont demeurées elliptiques, ce dernier utilisant toujours le conditionnel (« le recourant ne serait plus capable de reprendre le travail » « la capacité résiduelle de travail devrait permettre une activité de surveillance ou de contrôle »etc. cf. p. 5-6 de l'expertise) et remettant en doute les appréciations de ses confrères, les docteurs H_____ et G_____, sans explications motivées.

On soulignera par ailleurs qu'il est très surprenant que l'expert, dans son rapport d'avril 2001, n'ait pas mis en évidence de syndrome douloureux chronique, alors même que ce diagnostic a été posé par le docteur B_____ et la doctoresse C_____ de la division de rhumatologie des HUG dans leur rapport du 29 juin 1998, rappelé par le docteur D_____ dans ses rapports des 22 octobre 1998 et 13 avril 1999, repris par le docteur E_____ dans ses deux rapports des 19 mai 1999 et 10 décembre 2000 et derechef diagnostiqué par le docteur L_____ et la doctoresse M_____ dans leur rapport du 23 octobre 2000. La présence de cette affection n'est cependant pas anodine, dès lors que, ainsi que le relève le recourant, elle se rapproche d'une fibromyalgie (ou trouble somatoforme douloureux) et que, dans le cadre d'une telle affection, le Tribunal fédéral des assurances a relevé qu'il fallait tenir compte de l'existence ou de l'inexistence de certains critères bien précis afin de déterminer si elle était invalidante.

Le Tribunal relèvera que le dossier ne contient aucune appréciation médicale émanant d'un spécialiste en psychiatrie. Or, il serait intéressant de disposer également d'une telle appréciation pour le cas où le syndrome douloureux chronique mis en évidence par les différents médecins se révélerait être un trouble somatoforme douloureux persistant.

c) Au vu de ses éléments, le Tribunal décide de procéder à une contre-expertise sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire qui sera confiée au centre d'observation médical de l'assurance-invalidité (COMAI), visant à obtenir une étude approfondie sur l'état de santé du recourant. Il appartiendra aux experts de poser un diagnostic clair en se conformant, au besoin, aux critères mentionnés par la jurisprudence relative au syndrome somatoforme douloureux (arrêt N. précité, consid. 2; arrêt P. précité consid. 3.3.) et de déterminer si et dans quelle mesure on

peut exiger du recourant qu'il mette en oeuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Ils examineront également l'opportunité d'instaurer des mesures de réadaptation professionnelle.

Par économie de procédure, en raison également des longs délais en cours actuellement à l'OCAI et du fait qu'un expertise de « premier niveau » a déjà été effectuée, il se justifie d'ordonner ici la contre-expertise plutôt que d'annuler la décision de l'OCAI et de lui renvoyer la cause, procédure compatible avec la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances.

Par ailleurs, en application de l'art. 39 de la loi sur la procédure administrative (LPA), et de la jurisprudence, un délai de 10 jours sera accordé aux parties pour éventuelle récusation de l'expert, et proposition de questions spécifiques, ensuite de quoi la mission d'expertise sera communiquée au COMAI avec copie de la présente ordonnance et le dossier complet.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement :

1. Ordonne une contre-expertise multidisciplinaire du recourant.

2. La confie au centre d'observation médical de l'assurance-invalidité (COMAI).

3. Invite les parties à faire connaître au Tribunal leur proposition de questions spécifiques.

4. Fixe au parties pour ce faire, ainsi que pour une éventuelle récusation de l'expert, un délai de 10 jours dès notification de la présente.

5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 10 jours dès sa notification par plis recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier : La Présidente :

Pierre RIES Isabelle DUBOIS

La secrétaire-juriste :

Flore PRIMAULT

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