

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1955/2006

ATAS/1113/2009

ORDONNANCE D'EXPERTISE
DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 15 septembre 2009

En la cause

Monsieur M_____, domicilié à Carouge, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître MOLO Romolo

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente

EN FAIT

1. Monsieur M_____, ressortissant kosovar né en 1959, est arrivé à Genève en novembre 1990. Il y a travaillé en qualité de manœuvre.
2. En date du 7 novembre 2001, l'assuré a été victime d'un accident sur son lieu de travail. Alors qu'il était en train de pratiquer un trou dans le béton avec une perceuse, la mèche de celle-ci s'est bloquée brusquement et son bras droit s'est ainsi retrouvé retourné. Les suites de l'accident ont été prises en charge par la SUVA.
3. En date du 17 septembre 2002, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité. Dans ce cadre, le l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a réuni diverses attestations médicales.
4. Dans un rapport du 28 octobre 2002, le Dr A_____ a diagnostiqué une entorse du poignet droit, du coude droit et de l'épaule droite, une lésion du tendon du muscle supra-épineux de l'épaule droite, une lésion capsulaire antérieure avec rupture de la bandelette antérieure de la tête humérale droite depuis le 7 novembre 2001. L'assuré présentait également une luxation de l'articulation sterno-claviculaire droite avec rupture capsulo-ligamentaire étendue depuis le 2 août 2002, suite à un faux mouvement en maniant une pelle sur un chantier. L'incapacité de travail avait été totale du 7 novembre au 22 juillet 2002, nulle du 22 au 31 juillet 2002, et à nouveau totale à partir du 1er août 2002, ceci en tant que manœuvre. Ce médecin a précisé que l'activité actuelle n'était plus exigible mais qu'une autre activité, y compris physique, qui ménageait les articulations claviculaires droites était exigible à plein temps.
5. Dans le cadre de l'assurance-accidents, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation de la SUVA du 15 janvier au 11 février 2003. Les médecins ont conclu que l'assuré avait une capacité totale de travail dans une activité légère, mais que la capacité de travail dans sa profession de manœuvre sur les chantiers était nulle dès le 12 février 2003. L'assuré présentait en outre un trouble de l'adaptation avec anxiété et dépression ainsi qu'une terreur à l'idée de recommencer son travail avec un comportement d'évitement préteritant la reprise de son activité. Aucun médicament psychotrope n'a été prescrit. Une reprise d'activité professionnelle à 100 % dans un travail plus léger a en revanche été proposée à l'assuré, qui s'est dit d'accord avec cette proposition (cf. notamment le consilium de psychiatrie du Dr B_____ du 5 février 2003).
6. Dans un rapport sans examen clinique du 23 octobre 2003, le Dr C_____, médecin au Service de médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR) a posé les diagnostics suivants : status après torsion du membre supérieur droit le 7 novembre 2001, arthropathie de l'articulation sterno-claviculaire droite.

7. Du 5 avril au 2 mai 2004, l'assuré a effectué une observation professionnelle au Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après le CIP). Le responsable en réadaptation professionnelle a conclu, dans un rapport du 26 mai 2004, à l'impossibilité de réadapter l'assuré dans le circuit économique ordinaire. Il a formulé les remarques suivantes : "En effet, bien que l'assuré ait adopté un comportement monomanuel avec le bras gauche, dans la plupart des activités proposées (sauf pour les travaux d'écriture ou pour les activités très légères où là il l'utilise comme appoint), et qu'il nous ait présenté un certificat médical de travail à mi-temps établi par le Dr D_____ de la permanence du Rond-Point dès le 16 avril 2004, nous estimons qu'un travail pratique et léger (de type ouvrier dans le secteur industriel ou dans le conditionnement léger), à plein temps avec un rendement de l'ordre de 50 % serait exigible après une période d'adaptation. L'assuré doit éviter le port de charges lourdes, les mouvements amples ou en hauteur avec le membre supérieur droit ainsi que les positions statiques prolongées (maintenir une certaine mobilité). Nous avons aussi observé une raideur du dos qui influence la plupart des mouvements. Pourtant, cette capacité de travail, n'est actuellement pas exploitable dans le milieu économique ordinaire suite aux difficultés d'adaptation de l'assuré, observées lors du stage (également relevées par la Clinique romande de réadaptation). Ceci rend d'ailleurs toute réinsertion professionnelle impossible. Dans ce contexte, nous proposons donc, avant de conclure, un complément d'information médicale afin d'évaluer les troubles de l'adaptation et la possibilité de mettre en place un soutien thérapeutique".
8. Dans un avis sans examen clinique du 8 juillet 2004, le Dr C_____ du SMR a relevé que l'évaluation par le réadaptateur professionnel était en contradiction avec les appréciations médicales qui concluait à une exigibilité complète. Or, aucun élément probant et objectivable n'avait été apporté par le CIP pour étayer la thèse d'un rendement diminué à 50 %, si ce n'était l'engagement de l'assuré. Dans ces circonstances, il convenait de retenir l'exigibilité d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, telle que déterminée par une approche théorique. Enfin, une évaluation médicale complémentaire, en particulier psychiatrique, n'apporterait rien de plus.
9. Par décision du 15 février 2005, l'OCAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1er novembre 2002 au 31 mai 2003. En effet, selon l'estimation de la Clinique romande de réadaptation, l'assuré présentait une capacité totale de travail dans une activité adaptée depuis février 2003. De la comparaison des revenus avant invalidité de 65'949 fr. et après invalidité de 60'048 fr. résultait une perte de gain de 9 % qui n'ouvrait plus droit à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 mai 2003.
10. Par courrier du 24 février 2005, l'assuré a formé opposition à cette décision, sollicitant un délai pour compléter ses écritures après avoir pris connaissance du dossier.

11. Par courrier du 22 mars 2005, l'assuré a complété son opposition, faisant valoir que le CIP avait évalué son rendement à 50% et qu'il était dès lors arbitraire de retenir un plein rendement.
12. Par décision du 4 mai 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré. Il a relevé que le Dr A_____ retenait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. La Clinique romande de réadaptation avait également préconisé une reprise d'activité professionnelle à 100 % dans un travail plus léger. Le SMR retenait aussi une capacité de travail complète dans une activité adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles. Enfin, le Dr E_____, médecin au CIP, avait quant à lui relevé que les séquelles physiques objectives étaient peu importantes et que l'assuré devrait pouvoir travailler avec rendement d'au minimum 50 %. Il y avait donc une discordance manifeste entre les observations du CIP et les avis médicaux unanimes. Cependant, les conclusions du CIP n'étaient pas motivées par un élément objectivable s'agissant du rendement diminué retenu. Dès lors, il fallait tenir pour établi que l'assuré présentait une pleine capacité résiduelle de travail, dont il découlait, après une comparaison des revenus avant et après invalidité, un taux d'invalidité de 9 % n'ouvrant pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
13. Par courrier du 30 mai 2006, l'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal de céans, concluant préalablement à l'apport de la procédure en matière d'assurance-accidents pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales ainsi que de l'expertise ordonnée dans le cadre de cette procédure et principalement à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 mai 2003, sous suite de dépens. Subsidiairement, il a requis la suspension de la procédure en matière d'assurance-invalidité jusqu'à l'obtention du rapport d'expertise susmentionné. Il a pour le surplus repris en substance les arguments développés dans son opposition.
14. Dans sa réponse du 21 juin 2006, l'OCAI, concluant en l'état au rejet du recours, a accepté la demande de suspension de l'assuré.
15. Par ordonnance du 6 juillet 2006, le Tribunal de céans a suspendu la présente procédure dans l'attente du rapport d'expertise ordonné dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-accidents.
16. En date du 21 juin 2006, le Pr F_____ et la Dresse G_____, radiologue, ont rendu leur rapport d'expertise. Ils ont commenté une série d'exams radiologiques (radiographies standards diverses, scanner lombaire, arthro-scanner de l'épaule droite, arthro-IRM de l'épaule droite, scanner des articulations sterno-claviculaires), et constaté que l'ensemble des investigations démontraient de discrets phénomènes dégénératifs sterno-claviculaires bilatéraux à prédominance droite, gléno-huméraux droits ainsi que lombaire bas au niveau des étages

intervertébraux L4-L5 et L5-S1. Selon eux, il n'y avait pas d'argument radiologique en faveur d'une luxation sterno-claviculaire droite.

17. Dans son rapport d'expertise du 10 juillet 2006, le Dr H_____ a posé les diagnostics suivants : arthrose sterno-claviculaire bilatérale symptomatique à droite, status post-entorse sterno-claviculaire droite, discrète arthrose acromio-claviculaire bilatérale à prédominance droite, probable impingement sous-acromial de l'épaule droite, surcharge et dysfonction scapulo-thoracique droite, surcharge et dysfonction cervico-thoracique. L'expert a relevé que le patient souffrait d'un déconditionnement musculaire général de la ceinture scapulaire droite associée à des douleurs irritatives consécutives aux troubles dégénératifs présentés par les diverses articulations de cette ceinture scapulaire. Néanmoins les troubles liés directement à une atteinte somatique de l'appareil musculo-squelettique apparaissaient mineurs. S'agissant de la capacité de travail médicalement exigible, l'expert a relevé qu'il était fort probable que le patient souffrât de séquelles psychologiques majeures après cet accident. L'activité de manœuvre était somatiquement exigible, mais difficilement exigible devant l'état de délabrement psychologique du patient. En ce qui concernait le traitement encore susceptible d'apporter une amélioration, les multiples séances de physiothérapie n'avaient pas eu d'effet positif mais le patient devait bénéficier d'un soutien psychiatrique et d'un traitement adapté qui pourrait améliorer son état de santé actuel. En ce qui concernait les fonctions et les activités dans lesquelles le patient était handicapé et pour lesquels il était inapte en raison de l'ensemble des séquelles accidentelles, l'expert relevait que celles-ci ne devaient pas limiter le patient dans son ancienne profession, voire dans de nouvelles professions moins risquées ou plus sédentaires, mais que l'état psychologique et le degré de motivation du patient ne permettaient pas d'envisager la reprise d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit. À son avis il n'existait pas d'atteinte importante, l'analyse des examens complémentaires confirmant la bénignité des lésions somatiques que le patient présentait. Le pronostic était réservé. Seule une prise en charge psychologique ou psychiatrique ainsi qu'un traitement de physiothérapie pourraient améliorer l'état de santé du recourant.
18. Dans son complément d'expertise du 28 novembre 2007, la Dresse G_____ a noté une discrète distension capsulaire et conclu que l'argument IRM des deux articulations sterno-claviculaires plaidait en faveur d'un processus inflammatoire de la sterno-claviculaire droite avec épanchement liquidien et inflammation des berges articulaires, claviculaires et sternales, sans pouvoir déceler, compte tenu des possibilités techniques et des artefacts, une éventuelle lésion capsulo-ligamentaire.
19. Par ordonnances des 8 avril et 28 mai 2008, le Tribunal de céans a à nouveau suspendu la procédure eu égard à un complément d'expertise demandé et à la détermination des parties sur ledit rapport.

20. Par arrêt du 14 octobre 2008 (ATAS/1148/2008), le Tribunal de céans a rejeté le recours de l'assuré en matière d'assurance-accidents.
21. Par ordonnance du 25 novembre 2008, le Tribunal de céans a ordonné une reprise d'instruction de la procédure en matière d'assurance-invalidité ainsi que l'apport de la procédure en matière d'assurance-accidents.
22. Par courrier du 26 février 2009, le recourant a complété son acte de recours. Il a relevé que le Dr H_____ avait indiqué qu'en l'état, au mois de mai 2006, il n'y avait aucune activité adaptée pour laquelle la capacité de travail du patient fût complète. Cette incapacité totale n'était peu ou pas consécutive aux lésions somatiques du patient mais bien plutôt liée aux séquelles d'origine psychologique. Dès lors, le dossier n'était pas en état d'être jugé. Le recourant a conclu à l'ordonnance d'une expertise pluridisciplinaire incluant des mesures d'observation professionnelle et, en l'état, à l'octroi de prestations d'invalidité jusqu'au 31 mai 2006.
23. Dans ses observations du 29 avril 2009, l'OCAI s'est référé à un avis du SMR du 6 avril 2009. Il a conclu que l'état somatique de l'assuré avait été suffisamment éclairci et qu'il convenait de constater que celui-ci présentait d'un point de vue physique une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Cependant, l'aspect psychiatrique devait être examiné de manière approfondie et nécessitait un complément d'instruction afin de déterminer son évolution postérieurement à février 2003, date du consilium de psychiatrie de la Clinique romande de réadaptation. Enfin, un stage professionnel n'était pas adéquat, le recourant ayant déjà bénéficié d'un tel stage dont il était découlé qu'il présentait un rendement de 50 % ne trouvant aucune explication sur le plan médical.
24. Par courrier du 12 juin 2009, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait ordonner une expertise psychiatrique et leur a soumis la mission d'expertise. Il leur a octroyé un délai afin qu'elles puissent faire part des questions supplémentaires qu'elles souhaitaient voir poser à l'expert psychiatre.
25. Par courrier du 13 juillet 2009, l'OCAI s'est référé à un avis du SMR, selon lequel il serait souhaitable d'avoir un status psychique détaillé de l'assuré ainsi que l'évolution de son état psychique depuis le consilium psychiatrique du Dr B_____.
26. Par courrier du 27 août 2009, le recourant a indiqué n'avoir pas de question supplémentaire à poser à l'expert.
27. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision du 4 mai 2006 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).
3. Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).
4. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1er juillet 2006, n'est pas applicable au cas d'espèce, de même que les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (à l'exception de l'art. 68quater entré en vigueur rétroactivement le 1er juillet 2007).
5. La question de fond litigieuse est celle de savoir quel est le degré d'invalidité du recourant.

a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser

que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261, consid. 4, et la jurisprudence citée).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

c) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, de surcroît judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

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).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration ou le juge sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en œuvre 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 (ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence).

Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de

rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le Tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87)

6. Le recourant a en l'occurrence été soumise à une expertise somatique dans le cadre de l'assurance-accidents, selon laquelle les lésions somatiques vraisemblablement causées par l'accident du 7 novembre 2001 sont mineures. Selon l'expert, même si somatiquement l'activité de manœuvre reste exigible, elle lui apparaît difficilement exigible devant l'état de délabrement psychologique du patient. À son avis, l'assuré devrait bénéficier d'une nouvelle évaluation par un spécialiste en psychiatrie, suivie d'un soutien et d'un traitement adapté qui pourrait améliorer son état de santé actuel. En conclusion, les séquelles accidentelles et somatiques peuvent être qualifiées de mineures et ne devraient pas limiter le patient dans son ancienne profession voire dans de nouvelles professions moins risquées ou plus sédentaires. Cependant, au mois de mai 2006, en raison de problèmes psychologiques, il n'y a aucune activité adaptée dans laquelle la capacité de travail du patient serait complète. Cette incapacité n'est, selon l'expert somaticien, pas consécutive aux lésions somatiques mais bien plutôt liée aux séquelles d'ordre psychologique.

Suite à cette expertise, tant le recourant que l'OCAI ont conclu qu'une expertise psychiatrique était rendue nécessaire afin d'investiguer l'état psychiatrique de l'assuré. Le Tribunal de céans constate également que le dossier n'est pas en l'état d'être jugé et qu'il convient, afin de déterminer la capacité de travail psychique du recourant, d'ordonner une expertise psychiatrique.

Enfin, il ne peut être fait droit aux conclusions du recourant, selon lesquelles il aurait droit à des prestations jusqu'à mai 2006, ceci, à défaut justement, d'un avis psychiatrique sur son état psychique.

7. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans ordonnera une expertise psychiatrique de l'assuré, par laquelle l'expert devra notamment établir des diagnostics précis, et déterminer la capacité de travail du recourant sur le plan psychiatrique.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Préparatoirement :

2. Ordonne une expertise psychiatrique de Monsieur M_____. La confie au Dr I_____, spécialiste FMH en psychiatrie, à GENEVE. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - a. Prendre connaissance des dossiers de la cause (assurance-invalidité et assurance-accidents).
 - b. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité le recourant.
 - c. Examiner le recourant.
 - d. Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
 - e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 - f. Quel est le status psychique détaillé de l'assuré ?
 - g. Quels sont les diagnostics psychiatriques, selon une classification internationale reconnue, ayant une répercussion sur la capacité de travail ?
 - h. Quels sont les diagnostics psychiatriques, selon une classification internationale reconnue, sans répercussion sur la capacité de travail ?
 - i. En cas de troubles psychiques, quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci (faible, moyen, grave) ?
 - j. Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle ?
 - k. Sur le plan psychiatrique, quelles sont les limitations fonctionnelles présentées par le recourant (le cas échéant description précise des limitations ayant une répercussion sur la capacité de travail)?
 - l. Le traitement médical est-il adéquat ?

- m. Quelle est la compliance ?
 - n. Par quels traitements l'état de santé pourrait-il être amélioré ?
 - o. Malgré les plaintes alléguées et compte tenu de la constitution psychique du recourant et de vos diagnostics, celui-ci pourrait-il exercer une activité lucrative adaptée d'un point de vue psychique ? Si oui, laquelle-lesquelles ? Depuis quelle date et à quel taux ?
 - p. Si le recourant ne présente pas de capacité de travail, depuis quelle date précise cette incapacité existe-t-elle ? Pourquoi existe-t-il une incapacité de travail ?
 - q. Quelle est l'évolution de l'état psychique de l'assuré depuis le consilium psychiatrique du Dr B _____ de février 2003 (Clinique romande de réadaptation de la SUVA) ?
 - r. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
3. Invite le Dr I _____ à déposer le plus rapidement possible un rapport **en trois exemplaires** au Tribunal de céans.
4. Réserve le fond.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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