REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2039/2006 **ATAS/498/2007**

ORDONNANCE D'EXPERTISE

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 10 mai 2007

En la cause

Monsieur T_____, domicilié , GENEVE, représenté par Mme Christine B1_____, FORUM SANTE	recourant

contre

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur T_____ (ci-après l'assuré), né le 1953, d'origine portugaise, sans formation professionnelle, est arrivé en Suisse en 1981. Il a d'abord travaillé comme jardinier, puis à l'entretien de parkings, et ce à plein temps de 1987 à janvier 2002.

2. En date du 30 juillet 1999, l'assuré s'est blessé la main droite avec des bris de verre. La plaie a été suturée par son médecin traitant, la Dresse A_____. L'assuré n'a alors subi aucune incapacité de travail.

3. Les conséquences de l'accident ont été pris en charge par la SUVA, à titre d'assureur-accidents.

4. L'assuré a présenté par la suite des fourmillements ainsi qu'une hypoesthésie du côté ulnaire de sa main droite. La Dresse A_____ l'a alors adressé au Dr B_____.

5. Dans son rapport du 6 décembre 1999, le Dr B_____, spécialiste FMH en orthopédie, a posé les diagnostics suivants: status après cicatrice sur plaie traumatique sur le bord cubital du poignet droit avec insensibilité sur la face dorso-cubitale de la main droite; status après section de la branche dorsale du nerf cubital. Le Dr B_____ a effectué à cette date-là une intervention chirurgicale avec suture secondaire des deux rameaux nerveux du nerf cubital. En raison de cette opération, l'assuré a été en incapacité de travail jusqu'au 16 janvier 2000.

6. Le Dr C_____, spécialiste en médecine interne et angiologie, a indiqué dans un rapport du 22 juin 2000, les diagnostics suivants: un syndrome post-thrombotique anamnestique modéré, bilatéral; un bilan veineux dans les limites de la norme; un status après thromboses veineuses profondes des membres inférieurs des deux côtés avec embolie pulmonaire idiopathique en 1996, ainsi qu'un bilan d'hémostase à la recherche d'une thrombophilie négatif. Le Dr C_____ a mentionné que l'assuré présentait occasionnellement des oedèmes malléolaires bilatéraux qui survenaient lors de voyages en avion ou lorsqu'il restait longtemps debout. Il recommandait notamment le port de bas de contention ainsi qu'une prévention médicamenteuse anti-thrombotique.

7. Dans son rapport du 7 août 2000, le Dr B_____ a constaté la présence d'un névrome sur la suture chirurgicale. Les traitements suivis par l'assuré étaient alors une cure de désensibilisation en ergothérapie ainsi qu'un bandage protecteur sur le névrome. Il n'y avait pas de répercussion sur la capacité de travail.

8. Dans son rapport du 28 septembre 2000, le Dr B_____ a mentionné la persistance des paresthésies sur la cicatrice, une hypoesthésie sur la face dorsale des

deux derniers métacarpiens de la main droite ainsi que la persistance d'un névrome douloureux sur la zone de suture de la branche dorsale du nerf ulnaire au poignet droit.

9. Dans son rapport du 14 mars 2001, le Dr B_____ a rappelé la présence d'un névrome modérément sensible sur le bord cubital du poignet droit au niveau de la zone de suture nerveuse. La récupération neurologique était alors incomplète en raison de l'ancienneté de la lésion et du fait que la réparation avait dû être réalisée sous un certain degré de tension. Le Dr B_____ a indiqué n'avoir pas de nouvelle intervention à proposer, ni de traitement. Selon lui, l'assuré devait prendre son mal en patience car avec le temps ce genre de symptomatologie s'atténuait.

10. Le Dr D_____, chirurgien FMH et nouveau médecin traitant de l'assuré, a indiqué en date du 30 juin 2001, qu'au vu des douleurs persistantes et de la faiblesse musculaire, un dommage permanent était à craindre. L'assuré était très gêné pour le travail. Dès lors que se posait la question d'une éventuelle révision chirurgicale, le Dr D_____ a adressé l'assuré au Dr. E_____, médecin-responsable de l'unité de chirurgie de la main auprès des (ci-après : "établissement hospitalier"), afin d'obtenir un second avis.

11. Dans son rapport du 29 juin 2001, le Dr E_____, précité, a posé les diagnostics suivants: status post-section de la branche dorsale du nerf cubital droit et status post-exploration chirurgicale avec suture secondaire de deux rameaux nerveux du nerf cubital droit. A l'examen clinique, il a noté notamment des douleurs sur la cicatrice avec des lancées électriques dans les 4ème et 5ème doigt droits, une diminution de la force de 8 kg à droite pour 25 kg à gauche, mais par contre une mobilité du poignet et des doigts conservée. L'assuré travaillait alors à 100%, mais il était gêné par des acroparesthésies et des douleurs au niveau de la cicatrice. Le médecin a proposé un examen ENMG visant à quantifier les dégâts au niveau du nerf cubital distal à droite ainsi qu'un bilan d'ergothérapie.

12. Dans son rapport du 30 juillet 2001, le Dr E_____ a indiqué que l'examen ENMG, effectué le 11 juillet 2001, avait montré des neurographies sensitive et motrice normales. Il n'y avait pas de signe de neuropathie cubitale droite. Le bilan d'ergothérapie effectué le 15 juillet 2001 avait confirmé quant à lui que l'assuré restait gêné au niveau de sa main dominante tant pour les activités de force que pour les activités fines. Toutefois, au vu de l'examen ENMG normal, aucune garantie quant à l'amélioration de l'état de santé de l'assuré ne pouvait être donnée.

13. En date du 13 août 2001, l'assuré a été examiné par le Dr. F_____, médecin d'arrondissement de la SUVA. Il découle du rapport établi le lendemain, que le névrome avec des dysesthésies distales persistait vraisemblablement. Le médecin était par ailleurs étonné par l'étendue de l'hypoesthésie proximalement à

l'intervention qui remontait environ jusqu'à 12 cm au-dessus. L'atteinte à l'intégrité était estimée à 5%.

14. Selon le rapport d'ergothérapie établi le 3 septembre 2001 par Mme G_____, ergothérapeute auprès de la clinique de rééducation et d'ergothérapie des "établissement hospitalier", il a été constaté que spontanément, toutes les prises réalisées par l'assuré avec la main droite n'utilisaient que les trois premiers doigts (les seuls sensibles). A cela s'ajoutait la douleur de la cicatrice lors de l'appui côté ulnaire et lors des serrages ou des mouvements de grande amplitude. L'assuré était donc fort gêné au niveau de sa main dominante tant pour les activités de force que pour les activités en finesse. Les objets pris devaient être légers. Leur manipulation était difficile du fait du déficit de sensibilité de la main interne. Les lâchers involontaires étaient nombreux. Toutes les activités de la vie quotidienne entraînaient des difficultés. Ainsi, les activités en finesse (écriture) vu l'impossibilité de prendre appui sur le côté ulnaire de l'avant-bras; les activités de force (couper, porter des courses) en raison des douleurs lors du serrage ainsi que les activités rapides et répétitives (brossage des dents) vu les douleurs lors des mouvements rapides.

15. En date du 4 septembre 2001, le Dr C_____, précité, a indiqué que le travail de surveillant de parkings était médicalement défavorable à l'assuré, compte tenu du risque d'aggravation des lésions valvulaires veineuses et donc du syndrome post-thrombotique. Une réorientation professionnelle était fortement souhaitable.

16. Il découle du rapport établi le 2 novembre 2001 par le Dr H_____, médecin spécialiste FMH en radiologie et neuro-radiologie, que le scanner lombaire effectué ce jour-là a mis en évidence des troubles dégénératifs ainsi qu'une petite hernie discale centrale L5-S1.

17. Dans un rapport daté du 24 janvier 2002, le Dr C_____ a expliqué que l'assuré avait présenté en 1996 une thrombose veineuse profonde spontanée des deux membres inférieurs, compliquée d'une embolie pulmonaire. Depuis, il présentait un syndrome post-thrombotique des deux membres inférieurs. Selon le Dr C_____, il était évident qu'un travail en station debout prolongée était contre-indiqué, compte tenu du risque d'aggravation des lésions valvulaires veineuses, et donc du syndrome post-thrombotique. Il a rappelé que le travail de surveillant de parking était médicalement défavorable pour l'assuré et qu'une réorientation professionnelle était fortement souhaitable.

18. Depuis le 30 janvier 2002, l'assuré a été en incapacité de travail totale et définitive.

19. Dans son rapport intermédiaire du 8 février 2002 adressé à la SUVA, le Dr I_____, médecin orthopédiste auprès des "établissement hospitalier", a confirmé le diagnostic du névrome du nerf ulnaire droit au niveau du poignet. Il a précisé que l'évolution du cas consistait en la persistance de vives douleurs, une

inflammation localisée au regard de l'ancienne plaie ainsi qu'une hypoesthésie majeure du 5ème doigt droit. Il convenait de s'adresser à l'employeur pour qu'il procure à l'assuré un travail approprié. Un dommage permanent était à craindre vu les douleurs chroniques et l'anesthésie du bord cubital de la main droite. Le traitement en cours était le port d'un bracelet de cuir de protection. Enfin, une révision chirurgicale pour résection et enfouissement du névrome était proposée.

20. En date du 18 février 2002, une échographie de l'avant-bras droit de l'assuré a été effectuée. Il résulte du rapport daté du même jour et établi par les Drs J_____ et K_____, médecins auprès du département de radiologie des "établissement hospitalier", que le membre supérieur droit présentait un aspect hétérogène irrégulier, avec perte de la structure interne fasciculaire du nerf cubital au niveau de la cicatrice, sans image visible de neurinome. Il a également été constaté un aspect très irrégulier des tissus sous-cutanés au niveau de la masse palpable, sans possibilité toutefois de détection d'une lésion de la branche superficielle du nerf cubital (la limite de la résolution de l'échographie étant précisée).

21. Dans un rapport établi au début du mois d'avril 2002, le Dr D_____, médecin traitant de l'assuré, a indiqué que ce dernier était fortement gêné dans son travail, et que selon le bilan d'ergothérapie, toutes les prises par la main droite étaient effectuées avec les trois premiers doigts. Il convenait de s'adresser à l'employeur pour qu'il lui procure un travail approprié.

22. Etant donné que l'incapacité de travail de l'assuré perdurait depuis le 30 janvier 2002, le Dr. L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré le 15 mai 2002. Il a indiqué notamment dans son rapport daté du 17 mai 2002, se trouver dans une situation d'exclusion fonctionnelle du membre supérieur droit. Il souhaitait prendre connaissance des conclusions des investigations qui avaient été effectuées auprès des "établissement hospitalier".

23. En date du 7 août 2002, l'assuré a déposé une demande de prestations à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI).

24. Dans son rapport du 14 août 2002, le Dr C_____ a indiqué à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré: une thrombose veineuse profonde des deux membres inférieurs et un syndrome post-thrombotique bilatéral existant depuis juin 1996. L'état de santé était stationnaire et des mesures professionnelles étaient indiquées. L'assuré conservait toutes ses capacités fonctionnelles, étant précisé qu'il pouvait rester assis pendant 8 heures et que la position debout n'était possible qu'une à deux heures par jour. La station debout prolongée, en piétinant, était contre-indiquée. L'activité habituelle n'était pas exigible. Par contre, l'assuré pouvait exercer une autre activité, sans diminution de rendement, pour autant qu'elle n'implique pas une station debout prolongée.

25. Dans son rapport du 2 septembre 2002, le Dr D_____, médecin traitant de l'assuré, a indiqué à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail: un status post-section de la branche dorsale du nerf cubital droit avec suture secondaire de deux rameaux nerveux ainsi qu'une hernie discale L5-S1 centrale. A titre de plaintes subjectives, il a mentionné une diminution de la force de la main droite; des décharges électriques au niveau de la cicatrice; des douleurs lombaires chroniques avec raideur matinale; de l'insomnie et de la fatigue. L'état de santé de l'assuré s'aggravait et une reprise du travail manuel lui paraissait très difficile. L'exercice de l'activité habituelle ainsi que celle d'une autre activité n'étaient pas exigibles, vu la difficulté à utiliser le bras droit. En ce qui concernait les capacités fonctionnelles, l'assuré pouvait avoir la position assise et debout, mais limitée à 2 heures par jour. Il ne pouvait pas avoir la même position du corps pendant longtemps, ni la position à genoux, ni l'inclinaison du buste, ni la position accroupie. Il ne pouvait pas se baisser et un parcours à pied était limité à 1000 mètres. Il existait également une limitation dans l'utilisation du bras droit, pas de charges de plus de 5-10 kg, les mouvements des membres et du dos devaient être occasionnels, pas d'horaires irréguliers/ de nuit/ matin; pas de travail en hauteur / sur échelle; pas de déplacements sur sol irrégulier ou en pente.

26. Dans son rapport du 15 janvier 2003, le Dr L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué que qu'une situation d'exclusion fonctionnelle de la main droite s'était développée d'une manière progressive. Cette exclusion fonctionnelle n'était pas une conséquence de la section de la branche dorsale cutanée du nerf cubital, mais était à classer sous le diagnostic de troubles psychologiques.

27. Par décision du 14 février 2003, confirmée par décision sur opposition du 15 septembre 2003, la SUVA a mis fin au versement des indemnités journalières et à la prise charge des frais médicaux le 31 mars 2003. Une indemnité correspondant à une atteinte à l'intégrité de 5% a été octroyée à l'assuré.

28. Par certificat du 6 mars 2003, le Dr D_____ a indiqué que l'assuré était totalement inapte à exercer un travail physique en raison de l'état algique de son poignet droit.

29. Dans son rapport du 24 mai 2003, le Dr M_____, FMH en rhumatologie, a indiqué avoir vu l'assuré à deux reprises, les 11 avril et 12 mai 2003. L'atteinte au poignet droit ainsi que la thrombose veineuse profonde avaient des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré. La capacité de travail était nulle, et cela définitivement. Aucune autre activité n'était exigible, l'assuré ne pouvant ni utiliser correctement sa main droite, ni faire de travaux manuels et ne bénéficiant d'aucune formation professionnelle.

30. Par certificat du 13 juin 2003, le Dr C_____, précité, a rappelé qu'un travail en station debout prolongée était contre-indiqué compte tenu du risque d'aggravation des lésions valvulaires veineuses et donc du syndrome post-thrombotique. Le travail de surveillance de parkings était donc médicalement défavorable à l'assuré.

31. Dans son rapport du 20 août 2003 adressé à l'OCAI, le Dr C_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire depuis 1996 sans changement dans les diagnostics. Il a rappelé qu'en raison du syndrome post-thrombotique des deux membres inférieurs, un travail en station debout était contre-indiqué. Il y avait donc une incapacité à la station debout prolongée depuis 1996, dans une forte mesure. Il avait revu l'assuré le 3 juin 2003, et l'évolution était stable. Il n'y avait pas d'amélioration de l'état post-thrombotique à espérer. La compliance était optimale et il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Les traitements en cours étaient le port régulier de mi-bas de compression classe II et occasionnellement une anti-coagulation préventive. A sa connaissance, il n'y avait pas de troubles psychiques. Il lui paraissait envisageable que l'assuré travaille en position assise, mais il ne lui était pas possible de déterminer à quel taux. Un examen médical complémentaire pour l'affection des membres inférieurs ne lui paraissait pas nécessaire.

32. Dans son rapport du 3 septembre 2003, la Dresse A_____, précitée, a indiqué que les lombosciatalgies récidivantes gauches, le syndrome post-thrombotique et le status post-névrome post-traumatique au niveau du nerf cubital droit avaient une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Ce dernier était en traitement auprès de ladite permanence depuis 1990. Il avait présenté plusieurs épisodes de lombosciatalgies gauches qui avaient entraîné des arrêts de travail, mais pas de longue durée. La Dresse A_____ a précisé ne pas être en mesure de répondre notamment aux questions relatives à la capacité de travail de l'assuré.

33. Dans son rapport du 15 septembre 2003, le Dr D_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire depuis 2000, sans changement dans les diagnostics. Avaient une influence sur la capacité de travail de l'assuré, la hernie discale et les douleurs au poignet droit. L'incapacité de travail était totale depuis 1999. Les lombalgies devenaient plus fréquentes et il y avait eu 4 épisodes de syndrome vertébral aigu. Les mesures thérapeutiques étaient des anti-inflammatoires, de la physiothérapie et de l'ergothérapie. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle ainsi que dans une autre activité physique, étant précisé que l'assuré avait effectué 4 ans de scolarité au Portugal. La compliance était optimale, les plaintes et l'examen clinique était concordants. Il n'y avait pas de trouble psychique. Aucun retour au travail n'était envisageable vu l'état algique lombaire et le manque de force au niveau de la main droite.

34. Dans son avis du 19 mai 2004, le Dr N_____, médecin auprès du Service médical régional AI du Léman (ci-après: SMR) a indiqué qu'en ce qui concernait le poignet droit, il se ralliait entièrement à la position de la SUVA qui avait retenu qu'il n'y avait aucune incapacité de travail dans l'activité de gardien de parking suite à l'accident du poignet droit. En ce qui concernait le syndrome post-thrombotique bilatéral, il a relevé que la station debout prolongée (plus de deux heures) était contre-indiquée. Moyennant la prise en compte de cet élément, la capacité de travail était entière, sans diminution de rendement. Enfin concernant les lombalgies attribuées à une hernie discale L5-S1, il a estimé que le diagnostic n'était pas suffisamment documenté et qu'un examen était nécessaire. Par ailleurs, étant donné que la SUVA mentionnait dans sa décision sur opposition que l'exclusion de la main droite relèverait plutôt de troubles psychiques, il convenait d'investiguer le status psychiatrique de l'assuré.

35. En date du 24 septembre 2004, un examen clinique bidisciplinaire a été effectué par les Dresses O_____, spécialiste en médecine physique et rééducation, et P_____, psychiatre FMH, médecins auprès du SMR. Il résulte du rapport établi par les examinateurs le 23 novembre 2004, que les diagnostics retenus ayant une répercussion sur la capacité de travail étaient un status post-section des 2 branches du nerf cubital droit avec dysesthésie et douleurs résiduelles ainsi qu'un status post-thrombose veineuse profonde bilatérale avec insuffisance veineuse modérée séquellaire. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient: des rachialgies, un status après hépatite B, un status post-excision de lipome au ventre, une légère obésité, une amplification des symptômes. A titre d'anamnèse psychosociale et psychiatrique, il est indiqué que l'assuré n'a jamais bénéficié de prise en charge psychiatrique ambulatoire ou hospitalière, ni d'un traitement médicamenteux psychotrope. Au status psychiatrique, les examinateurs ont relevé que la thymie était euthymique. L'assuré ne verbalisait pas d'idée suicidaire, en disant tout de même qu'il aurait eu des idées noires. Les examinateurs n'ont pas objectivé de symptômes de la lignée dépressive en faveur d'un diagnostic de dépression majeure. Il n'y avait pas non plus de symptômes en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de trouble de la personnalité morbide. Pour ce qui était du poignet, les examinateurs se sont référés à la décision sur opposition de la SUVA, cet assureur n'ayant retenu aucune incapacité de travail dans l'activité de gardien de parking. Ils ont rappelé que selon la SUVA, "*l'exclusion de la main droite relèverait plutôt de troubles d'ordre psychique, en l'absence d'explication somatique*". Les examinateurs ont indiqué que l'examen clinique n'avait cependant pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Par conséquent, aucune incapacité de travail justifiable du point de vue médico-juridique. Les examinateurs avaient par contre constaté une divergence

entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeuraient vagues, le fait que des plaintes démonstratives laissaient insensible l'expert et l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. Une comorbidité psychiatrique au trouble douloureux n'avait pas été objectivé. L'assuré ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique invalidante et sa capacité de travail était entière. Sur le plan physique, l'assuré présentait des douleurs résiduelles de la main droite et des gênes fonctionnelles que l'on ne pouvait pas reproduire lors de l'examen clinique. La gestuelle spontanée était normale, surtout à la fin de l'examen. Il y avait une discordance entre les douleurs alléguées au niveau du rachis et les constatations cliniques et radiologiques. Les signes comportementaux étaient positifs, ce qui faisait penser à une amplification des symptômes. Les rachialgies, les douleurs au niveau de la hanche et des genoux n'avaient, en l'absence de limitation ou de lésion structurelle objectivable, aucune implication sur la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles retenues étaient: éviter un travail de force ou des mouvements répétitifs avec le poignet droit, le port de charges est limité à 2 kg pour le poignet droit. Eviter une position statique prolongée debout et un travail à la chaîne. Pas de limitation fonctionnelle psychiatrique. La capacité de travail dans l'activité habituelle était de 50%, mais entière dans une activité adaptée. Il fallait admettre que certains travaux dans l'ancien emploi étaient devenus difficiles et douloureux, comme par exemple le nettoyage du sol avec de grands tuyaux, ainsi que le port de charges.

36. Dès le 22 octobre 2004, l'assuré a suivi un traitement psychiatrique auprès du Dr Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

37. Dans son rapport du 14 décembre 2004, le Dr. N_____, médecin auprès du SMR, a, en se fondant sur l'examen bidisciplinaire du SMR, également retenu une capacité de travail exigible à 100% dans une activité adaptée.

38. Dans son rapport du 20 décembre 2004 adressé à l'OCAI, le Dr Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué à titre de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré: un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique douloureux (F33.11), existant depuis 1986. Il suivait l'assuré depuis le 22 octobre 2004. Au titre des constatations objectives, il a indiqué un aspect triste, des pleurs, un abattement, de l'anxiété et des troubles du sommeil. L'incapacité de travail était totale depuis le 30 janvier 2002. Les symptômes du trouble psychique étaient la tristesse, le découragement, la fatigue et les douleurs. L'assuré avait signalé un premier épisode dépressif lors de l'assassinat de son père par son oncle en 1986. Il a précisé que l'assuré présentait un trouble de la personnalité, qui était réactionnel à des évènements de vie adverses, lesquels influençaient de façon prépondérante l'affection. Le trouble entraînait une incapacité de travail totale.

39. Dans son mandat de réadaptation daté du 6 janvier 2005, l'OCAI a indiqué ne pas voir le type d'activités qui seraient adaptées aux limitations fonctionnelles, à l'âge et à la formation de l'assuré.

40. Dans son rapport du 18 février 2005, le Dr Q_____ a rappelé à l'OCAI que l'assuré présentait une incapacité de travail totale pour des raisons de santé physique et psychique.

41. Dans son avis du 21 février 2005, le Dr N_____ du SMR Léman a constaté que selon le Dr Q_____, l'assuré présentait un trouble dépressif récurrent, dont l'épisode actuel était réactionnel à l'accident du poignet en 1999. Le Dr N_____ a relevé que l'assuré avait cependant pu travailler après l'accident jusqu'au 30 janvier 2002. L'examen bidisciplinaire du 24 septembre 2004 diligenté par le SMR n'avait par ailleurs pas objectivé de symptômes de la lignée dépressive mais avait retenu le diagnostic d'amplification des symptômes. Selon le Dr N_____, le rapport du Dr Q_____ n'apportait aucun élément nouveau qui n'était pas connu lors de l'examen bidisciplinaire. La divergence entre les deux rapports provenait d'une appréciation différente d'une même situation par deux psychiatres différents. En outre, le médecin traitant partait du "postulat de sincérité" avec lequel l'amplification des symptômes entrait en contradiction. La position du Dr Q_____ ne pouvait donc pas être considérée comme neutre. Par conséquent, l'exigibilité médico-théorique restait celle figurant dans l'examen bidisciplinaire du 24 septembre 2004.

42. En date du 26 mai 2005, l'assuré a eu un entretien avec l'OCAI, au cours duquel il a indiqué ne pas voir comment il pourrait exercer une activité à plein temps.

43. Par courrier du 26 mai 2005, l'OCAI a demandé aux Drs Q_____ et M_____ si l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis l'examen bidisciplinaire du 24 septembre 2004.

44. Dans son rapport du 22 juin 2005, le Dr M_____ a indiqué que, selon lui, il y avait une aggravation de l'état dépressif depuis 2003. La limitation fonctionnelle constatée était que l'assuré ne pouvait plus utiliser la main droite. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle ainsi que dans toute activité manuelle, étant précisé que l'intéressé n'avait pas les capacités intellectuelles pour faire autre chose. Les consultations étaient mensuelles et le traitement consistait en la prise d'anti-inflammatoires. Une reprise du travail n'était pas envisageable. Selon lui, la seule activité possible serait une activité intellectuelle. Elle était cependant rendue impossible à exiger de la part de l'assuré vu l'absence de formation professionnelle et la méconnaissance du français.

    Annexé à son rapport, le Dr M_____ a adressé une copie d'un rapport d'expertise psychiatrique établi le 20 octobre 2004 par les Drs R_____ et S_____, médecins auprès du département de psychiatrie des "établissement

hospitalier", et dont la teneur corroborait, selon le Dr M_____, les conclusions du Dr Q_____.

Il résulte dudit rapport que, dans le cadre d'une procédure opposant l'assuré à son employeur, le Tribunal des prud'hommes a ordonné une expertise psychiatrique et l'a confiée aux Drs R_____ et S_____, précités, lesquels ont examiné l'assuré les 23 et 27 septembre 2004. Sur la base de ces consultations ainsi que de la lecture du dossier, les experts ont indiqué que l'assuré se plaignait d'être souvent angoissé, triste et irritable, de s'emporter facilement, d'éprouver un sentiment de dévalorisation et de désespoir. Toutefois, il se sentait utile, il restait motivé et ne présentait pas d'idées suicidaires. Il se plaignait également d'une grande fatigue et de troubles du sommeil, et mentionnait des hallucinations auditives présentes depuis 2 ans. Les experts ont indiqué que l'assuré aurait connu pour la première fois un état dépressif en 1986, après le meurtre de son père, tué par le frère de ce dernier. Il aurait présenté à cette époque une grande tristesse, des pleurs, de l'anxiété, de l'angoisse, de la fatigue, un sentiment de désespoir et des troubles du sommeil. Puis, en 1995, son fils est resté paralysé du bras et de la jambe gauches. L'année suivante, on a découvert que son épouse souffrait d'une tumeur cérébrale avec un état dépressif. Durant cette période, l'assuré s'est senti angoissé, et pleurait en cachette. Lors de son hospitalisation auprès des "établissement hospitalier" en raison de la thrombose veineuse profonde bilatérale aux jambes, son état psychique était caractérisé par une tristesse marquée, des pleurs, de l'anxiété, une perte d'espoir et un sentiment de dévalorisation ainsi que des troubles du sommeil. En juillet 1999, est survenu l'accident au poignet droit. L'assuré s'est senti abattu physiquement et psychiquement. Au status psychiatrique, les experts ont noté une thymie légèrement triste. Ils ont posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec symptômes psychotiques (hallucinations auditives) F33.11. L'assuré souhaitait reprendre un travail, mais il lui manquait la force physique et l'énergie psychique. Il s'était senti dernièrement stressé, angoissé, de plus en plus triste et il souffrait de troubles du sommeil. Il était très préoccupé par l'état de son fils et de sa femme, ce qui contribuait à pérenniser son trouble dépressif. Sur le plan psychiatrique, l'état clinique actuel ne permettait pas une reprise de l'activité professionnelle. Le trouble de l'humeur avait pris un caractère chronique, mais une évolution partiellement favorable restait possible. Cela exigeait une prise en charge spécialisée et l'administration d'un anti-dépresseur. Dans ces conditions, une amélioration de l'état psychique de l'expertisé pouvait avoir lieu dans un délai de 6 mois à 1 an, qui pourrait être compatible avec une activité professionnelle au moins à mi-temps, adaptée aux limitations physiques. L'incapacité de travail était complète depuis environ fin 2002 et perdurait. Une reconversion professionnelle pouvait être envisagée, après amélioration de l'état dépressif.

45. Dans son rapport du 15 juillet 2005 adressé à l'OCAI, le Dr Q_____ a indiqué une aggravation de l'état de santé depuis février 2005. Il a indiqué que les

diagnostics avaient changé et que ceux qui avaient une influence sur la capacité de travail étaient les thromboses veineuses bilatérales des jambes, la hernie discale lombaire et une aggravation des douleurs. Il a indiqué par ailleurs que l'état dépressif persistait. Les limitations fonctionnelles observées étaient psychiques et physiques, et notamment des douleurs aux jambes qui entravaient la station debout. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle ainsi que dans toute autre activité, en raison de l'atteinte à la santé psychique et physique. Les consultations psychothérapiques étaient bimensuelles et le traitement consistait en la prise de médicaments.

46. Dans son avis du 31 août 2005, la Dresse P_____ du SMR a constaté que l'expertise psychiatrique du 20 octobre 2004 établie par les Drs R_____ et S_____, avait retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec symptômes psychotiques ainsi qu'une incapacité de travail totale dès fin 2002. La Dresse P_____ a indiqué ne pas être d'accord avec ces conclusions. Selon elle, les informations anamnestiques fournies par l'assuré étaient floues et peu fiables. A titre d'exemple, elle a indiqué qu'en ce qui concernait le père de l'assuré, il apparaissait que soit il était décédé d'un infarctus, soit il avait été tué par son propre frère. La mère de l'assuré était tantôt âgée de 80 ans, tantôt de 79 ans. L'épouse de l'assuré était, quant à elle, tantôt en arrêt de travail suite à la découverte d'une tumeur au cerveau, tantôt au bénéfice d'une rente AI à 50%. Elle a indiqué en outre que le status psychiatrique du rapport des experts daté du 20 octobre 2004 était superposable au status psychiatrique de l'examen bidisciplinaire du 24 septembre 2004. Cependant, les Drs R_____ et S_____ avaient tenu compte de l'information anamnestique fournie par l'assuré, lequel disait souffrir d'hallucinations auditives depuis environ deux ans. Elle a relevé également que les experts s'étaient basés sur l'échelle de dépression de HAMILTON, laquelle n'était pas une échelle de diagnostic, mais uniquement un bon indicateur de l'intensité globale de la dépression. En conclusion, sur la base d'un status psychiatrique superposable, les experts avaient interprété différemment les mêmes observations cliniques, et ce en s'appuyant sur les informations anamnestiques fournies par l'assuré et l'échelle de dépression d'HAMILTON. Le code F 33.11, indiqué par les experts, correspondait à un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen, avec un syndrome somatique. Il ne correspondait donc pas au diagnostic posé par les experts, qui parlaient d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec symptômes psychotiques. Ce diagnostic-là ne figurait pas dans les codes CIM-10. Par contre, le trouble dépressif épisode actuel sévère, avec ou sans symptômes psychotiques figurait lui sous F 33.2. Par ailleurs, elle n'était pas d'accord avec le diagnostic de trouble dépressif "récurrent", lequel ne reposait que sur une information anamnestique, sans aucun document médical à l'appui. En outre, l'assuré n'avait jamais bénéficié d'une prise en charge psychiatrique avant le 22 octobre 2004. Les conclusions de l'examen bidisciplinaire diligenté par le SMR

étaient donc valables, et il n'y avait pas eu d'aggravation sur le plan psychiatrique. Le Dr Q_____ n'avait à ce propos apporté aucun élément nouveau.

47. Dans son avis du 6 septembre 2005, le Dr N_____ du SMR a indiqué que le rapport du Dr Q_____ du 15 juillet 2005 faisait état d'une aggravation. Or, il résultait de ce rapport que seules les douleurs s'étaient aggravées. Hormis les douleurs, le Dr Q_____ ne mentionnait que des diagnostics somatiques comme facteurs invalidants. Il n'y avait donc aucun élément médical objectif d'aggravation sur le plan psychique. Le Dr N_____ s'est par ailleurs référé aux critiques faites par la Dresse P_____ concernant le rapport d'expertise du 20 octobre 2004 établi par les Drs R_____ et S_____.

48. Par courrier du 19 septembre 2005, l'OCAI a informé l'assuré qu'aucune aggravation n'avait été admise et que l'exigibilité définie par les médecins du SMR restait valable. Se posait donc la question de savoir si l'assuré avait la volonté de tout mettre en œuvre pour participer activement à des mesures de réinsertion professionnelle.

49. Par courrier du 24 novembre 2005 adressé à l'OCAI, Mme B1_____, conseil de l'assuré, a indiqué que son mandant était toujours en incapacité totale de travailler, en raison de ses limitations fonctionnelles et de la persistance d'un état dépressif récurrent, comme l'avaient attesté les Drs M_____, Q_____ et les médecins experts des "établissement hospitalier". Le mandat de réadaptation du 6 janvier 2005 faisait d'ailleurs état de l'absence de possibilité de reclassement de l'assuré.

50. En date du 22 février 2006, la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a rendu son rapport. Elle a constaté qu'aucune mesure d'ordre professionnelle n'était envisageable étant donné que l'assuré était persuadé d'être incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle. Elle a alors procédé au calcul du degré d'invalidité et estimé que l'assuré pourrait réaliser en 2003, dans une activité légère, un revenu annuel de 47'083 fr., et ce en tenant compte d'un abattement de 15% étant donné l'activité légère seule possible, les limitations fonctionnelles et les années de services. Comparant ce revenu à celui qu'il aurait réalisé dans son ancienne activité et sans atteinte à la santé - soit 64'524 fr. -, il en résultait une perte de gain de 17'441 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 27%.

51. Par décision du 27 février 2006, l'OCAI a informé l'assuré que le droit à une rente d'invalidité lui était nié.

52. En date du 9 mars 2006, l'assuré a formé opposition contre ladite décision. En ce qui concernait l'aspect psychiatrique, il a rappelé que les experts des "établissement hospitalier" avaient conclu qu'il souffrait d'un trouble dépressif récurrent qui tendait à devenir chronique. Leur point de vue était par ailleurs corroboré par les conclusions des Drs M_____ et T_____. Il a relevé que le SMR avait

tenté de justifier les contradictions qui existaient entre les rapports des 20 octobre et 23 novembre 2004 par le fait que les informations anamnestiques qu'il avait fournies étaient floues et peu fiables. Or, le fait que son père ait été tué par son propre frère était un événement authentique et avéré. L'assuré a produit à ce propos une déclaration datée du 3 novembre 2005 par laquelle l'avocat, en charge de la défense des intérêts des héritiers de son père, attestait que ce dernier avait été tué par son propre frère. Par ailleurs, le fait que son épouse était à la fois en arrêt de travail et au bénéfice d'une rente d'invalidité était vrai, et n'était en rien contradictoire. Enfin, il ne comprenait pas ce que venait faire une approximation de langage - dans la mesure où il avait déclaré que sa mère était âgée de 80 ans et de 79 ans - dans l'appréciation des informations anamnestiques qu'il avait fournies. Il a expliqué que le SMR était "passé à côté" des événements importants de sa vie et de ses souffrances, lesquels étaient de nature à modifier le diagnostic. Selon lui, l'examen du SMR n'avait pas de valeur probante, contrairement à l'expertise effectuée par les médecins auprès des "établissement hospitalier". Sur le plan physique, l'assuré a indiqué que la décision n'avait pas tenu compte de la fatigabilité dont il souffrait en raison de son état dépressif et des hallucinations qui perturbaient sa vie et son sommeil, de son niveau de formation extrêmement bas et de ses capacités d'adaptation très faibles. Par ailleurs, la décision ne précisait pas qu'elles étaient les activités concrètes encore accessibles. Compte tenu du degré de sa formation, il ne voyait pas quelles activités étaient exigibles, comme l'avait constaté le gestionnaire du dossier OCAI dans sa note du 6 janvier 2005. Il concluait donc à une incapacité de travail totale sur le plan physique et psychique et à l'octroi d'une rente complète d'invalidité.

53. Par courrier du 13 avril 2006, le conseil de l'assuré a adressé à l'OCAI un avis du Dr Q_____ daté du 24 mars 2006. Ce médecin contestait les conclusions auxquelles était parvenu le SMR, lequel avait "scotomisé" totalement le tableau clinique pourtant manifeste chez l'assuré: tristesse, découragement, idées suicidaires, idées de dévalorisation et d'échec, anxiété proche de l'anxiété généralisée avec agitation psychomotrice et confusion. Il a précisé que les souffrances de l'assuré étaient authentiques et que depuis une année, son état avait plutôt eu tendance à s'aggraver.

54. Dans son avis du 2 mai 2006, le Dr N_____ du SMR a indiqué que le Dr Q_____ n'avait apporté aucun élément objectif nouveau. Comme l'avait déjà mentionné sa collègue la Dresse P_____, il ne s'agissait que d'une interprétation différente d'une même situation clinique. Par conséquent, la position du SMR restait inchangée.

55. Par décision sur opposition du 23 mai 2006, l'OCAI a confirmé sa décision de refus de rente. Il a indiqué que l'expertise effectuée par les médecins auprès des "établissement hospitalier" avait certes retenu le diagnostic d'état dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec symptômes psychotiques sur la base

d'informations anamnestiques fournies par l'assuré. La Dresse P_____ du SMR avait cependant considéré ces informations comme étant floues et peu fiables. L'OCAI a expliqué qu'il était étonnant que les experts des "établissement hospitalier" fassent état d'hallucinations auditives depuis environ deux ans et que l'assuré n'en ait pas parlé au SMR. Cet élément ne ressortait d'ailleurs pas non plus des rapports du Dr Q_____, qui suivait l'assuré depuis le 22 octobre 2004. Par ailleurs, alors que le premier état dépressif remonterait à 1986, l'assuré n'avait jamais bénéficié d'une prise en charge psychiatrique avant le 22 octobre 2004. Aucun diagnostic psychiatrique n'apparaissait dans les rapports des médecins traitants et l'assuré ne le mentionnait pas dans sa demande de prestations. En outre, selon l'OCAI, les status psychiatriques des rapports établis par les experts des "établissement hospitalier" et les examinateurs du SMR étaient superposables, et l'échelle de dépression de HAMILTON sur laquelle les experts des "établissement hospitalier" s'étaient basés n'était pas une échelle de diagnostic. Pour l'OCAI, l'expertise du 20 octobre 2004 se fondait essentiellement sur les plaintes de l'assuré, l'observation clinique reposant en grande partie sur les informations anamnestiques et l'expertise manquait d'appréciations médicales objectives. De plus, le SMR avait constaté une divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeuraient vagues, le fait que des plaintes démonstratives laissaient insensible l'expert et l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. C'était donc à juste titre que l'OCAI avait retenu une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique. Sur le plan physique, l'OCAI a relevé qu'en ce qui concernait la thrombose veineuse, le Dr C_____ avait indiqué le 14 août 2002 que l'on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité n'impliquant pas de station debout prolongée, et ce sans diminution de rendement. En ce qui concernait le poignet droit, la SUVA n'avait retenu aucune incapacité de travail dans la profession de gardien de parking. Enfin, vu le large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de production et de services, un nombre significatif de ces activités étaient légères et adaptées aux limitations de l'asssuré.

56. En date du 31 mai 2006, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition. Il conclut à l'annulation de la décision querellée, à ce qu'il soit reconnu invalide à 100% dès le 1er janvier 2003 et à l'octroi de dépens raisonnables. Le recourant fait valoir en substance les mêmes arguments invoqués dans la procédure d'opposition. Il explique notamment que l'expertise du SMR ne relève, dans l'anamnèse psychosociale et psychiatrique, aucun événement particulier ou marquant de sa vie. Le fait que son père ait été tué par son propre frère était avéré, et il ne voyait pas dans quel intérêt, avec quelle motivation, il aurait tu une telle information s'il avait été entendu dans les règles de l'art par les médecins du SMR. Pour le recourant, les lacunes anamnestiques et diagnostiques démontreraient que les médecins du SMR n'ont pas pratiqué un examen dans les règles de l'art. Les événements importants de sa vie n'avaient pas été entendus, ni pris en compte.

Selon lui, il n'y avait pas, comme le prétendait le SMR, une interprétation différente des mêmes observations cliniques. Sur le plan physique, le recourant indique que l'OCAI n'a pas précisé les activités qui étaient encore à sa portée, et ce compte tenu, outre les limitations fonctionnelles, d'un degré de formation extrêmement bas et de ses capacités d'adaptation très faibles.

57. Invité à se déterminer, l'intimé a, par courrier du 27 juin 2006, conclu au rejet du recours, en se référant aux motifs figurant dans la décision querellée ainsi qu'aux pièces du dossier du recourant.

58. Par courrier du 19 octobre 2006, le Tribunal de céans a sollicité de la SUVA une copie du dossier concernant le recourant.

    Il en résulte notamment que dans le cadre de la procédure d'opposition, la SUVA a requis l'avis du Dr. U_____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Ce médecin a indiqué dans un rapport daté du 8 août 2003 que l'exclusion fonctionnelle de la main droite n'avait pas de substrat organique. Il a estimé ne pas pouvoir exclure un "véritable" trouble psychique qui soit responsable, partiellement ou de manière prépondérante de l'ensemble du comportement de ménagement de la main droite, qui était inexplicable du point de vue purement somatique.

59. Par courrier du 6 novembre 2006, les parties ont été informées par le Tribunal de céans que le dossier communiqué par la SUVA était mis à leur disposition pour consultation.

60. Le Tribunal de céans a indiqué aux parties, par courrier du 27 mars 2007, de son intention de mettre en œuvre une expertise confiée au Dr V_____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il a communiqué aux parties les questions qu'il avait l'intention de poser à l'expert, tout en leur impartissant un délai au 18 avril 2007 pour compléter celles-ci et faire valoir, le cas échéant, des motifs de récusation de l'expert.

61. Par pli du 5 avril 2007, le recourant a requis que le libellé de la question "2. j" soit précisé et que trois questions complémentaires soient posées.

62. Par pli du 18 avril 2007, l'intimé a déclaré n'avoir pas d'observations particulières à formuler quant au choix de l'expert et à la mission d'expertise.

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 statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit

des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références), les faits sur lesquels le tribunal de céans peut être amené à se prononcer dans le cadre d'une procédure de recours étant par ailleurs ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b). Quant aux règles de procédure, elles sont applicables, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

   En l'espèce, la décision querellée, datée du 23 mai 2006, concerne le droit éventuel à des prestations qui prendrait naissance au plus tôt en janvier 2003 (art. 29 al. 2 LAI ; ATF 126 V 9 consid. 2b et les références). L'essentiel des faits déterminants est par ailleurs postérieur au 31 décembre 2002. En conséquence, sur le plan matériel, le cas d'espèce est régi par les dispositions légales en vigueur dès le 1er janvier 2003.

   Il y lieu de préciser que la LPGA n'a pas modifié la notion d'invalidité, la manière d'évaluer le taux d'invalidité, le principe de la libre appréciation des preuves et la valeur probante des rapports médicaux, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

   Par ailleurs, le présent cas n'est pas soumis à la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant notamment des modifications relatives à la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA), dès lors que le recours a été formé avant le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

4. Le litige consiste à déterminer si les atteintes à la santé que présente le recourant entraînent une incapacité de travail pouvant ouvrir droit, le cas échéant, à une rente de l'assurance-invalidité.

5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

   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). 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 (ATF 127 V 299).

   Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge pas l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

   En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à

la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine ; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

   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).

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).

En effet, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATFA non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 p. 240 consid. 4).

7. En l'espèce, force est de constater que, sur le plan psychiatrique, le rapport d'examen établi le 23 novembre 2004 par les médecins du SMR entre en contradiction avec l'expertise effectuée le 20 octobre 2004 par les Drs

R_____ et S_____, ainsi qu'avec les avis du Dr Q_____, sans emporter la conviction du Tribunal de céans. En premier lieu, il apparaît de toute évidence que l'anamnèse décrite dans le rapport du SMR, notamment en ce qui concerne le volet psychiatrique du recourant, est lacunaire vu les informations largement développées figurant dans le rapport des experts précités. Par ailleurs, il semblerait que les médecins du SMR aient considéré le cas du recourant au regard des conditions nécessaires à la reconnaissance du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux, et ce alors qu'un tel trouble n'a jamais été diagnostiqué chez le recourant. Ainsi, par exemple, ils expliquent n'avoir pas retenu d'incapacité de travail justifiable "du point de vue médico-juridique", au motif que l'examen clinique psychiatrique n'a, entre autres, pas montré de dépression majeure (rapport bidisciplinaire, p. 7, §2). Si le Tribunal fédéral des assurances a certes admis qu'il se justifiait d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux à la fibromyalgie (ATF 132 V 65), tel n'est cependant pas le cas pour toute atteinte psychique (cf. ATFA non publié du 21 août 2006, cause I. 759/2005, où la question de l'application par analogie, pour la neurasthénie ou le trouble de la fatigue chronique, est restée ouverte). Par ailleurs, les arguments avancés par la Dresse P_____, dans son avis du 31 août 2005, pour écarter les conclusions des experts psychiatres des "établissement hospitalier" apparaissent peu convaincants. Elle fait valoir notamment que le recourant n'a jamais bénéficié d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire avant le 22 octobre 2004. Or, l'existence d'un trouble psychique ne saurait dépendre d'un suivi médical. Au demeurant, en septembre 2002, le recourant se plaignait alors d'insomnie et de fatigue (rapport du Dr D_____ du 2 septembre 2002), symptômes dont il est fait état également par les experts et le Dr Q_____. Enfin, si l'échelle de dépression de Hamilton utilisée par les expert n'est pas une échelle de diagnostic, comme le fait valoir la Dresse P_____, il n'en demeure pas moins qu'elle a permis auxdits experts de mesurer l'intensité de la dépression dont souffrait alors le recourant.

Compte tenu de ce qui précède, le rapport des Drs R_____ et S_____, dont les conclusions sont corroborées par les rapports du Dr Q_____, permet de mettre en doute, l'opinion et les conclusions du SMR, sur le plan psychiatrique.

Les pièces médicales au dossier ne permettent cependant pas de déterminer si le recourant est atteint d'un trouble psychique ayant une répercussion sur sa capacité de travail. En effet, les formulations utilisées par les Drs R_____ et S_____ ne permettent pas au Tribunal de céans de tirer des conclusions claires quant à la capacité de travail de l'assuré dans sa profession habituelle, d'une part, et dans une activité adaptée, d'autre part. En particulier, les experts ont conclu que l'état du recourant ne lui permettait alors pas une reprise de l'activité professionnelle. Ils n'expliquent cependant pas en quoi le recourant est entravé dans l'exercice de son activité habituelle. Le Tribunal de céans relève également que les experts ne se sont pas penchés sur la question de la présence ou l'absence de

facteurs psycho-sociaux interférant sur la capacité de travail du recourant. Par ailleurs, cette expertise a été effectuée plus d'un an et demi avant que la décision litigieuse ne soit rendue. Il convient par conséquent de connaître l'évolution de la capacité de travail du recourant depuis lors, ce d'autant plus que les experts ont précisé que bien que le trouble de l'humeur ait pris un caractère chronique, une évolution au moins partiellement favorable était encore possible à la condition que le recourant s'engage dans un traitement spécialisé.

En conséquence, au vu de la jurisprudence susmentionnée, il y a lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale psychiatrique.

8. S'agissant de la mission d'expertise, conformément à la requête du recourant, la question "2. j" sera précisée et les questions suivantes seront ajoutées:

   i. "Les troubles physiques d'une part, et les troubles psychiques d'autre part, dont souffre M. T_____, ont-ils une interaction entre eux?

   Si oui, cette interaction a-t-elle une influence sur la capacité de travail?

   Si oui, pourquoi et dans quelle mesure?"

9. Cette expertise sera confiée au Dr V_____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, rue_____1207 Genève.

***

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Préparatoirement :

2. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr V_____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

   a. Prendre connaissance du dossier de la cause.

b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité M. T_____.

c. Examiner M. T_____.

d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:

e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?

f. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre M. T_____ d'un point de vue psychiatrique (diagnostics) ?

g. En cas de trouble psychique, quel est le degré de gravité de celui-ci (faible, moyen, grave) ?

Depuis quelle date est-il présent chez M. T_____ ?

Quel traitement est-il indiqué ? M. T_____ suit-il un traitement adéquat ? Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ?

Ce trouble psychique a-t-il valeur de maladie ?

h. Compte tenu de votre diagnostic, l'assuré pourrait-il en faisant preuve de bonne volonté exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

i. Les troubles physiques d'une part, et les troubles psychiques d'autre part, dont souffre M. T_____, ont-ils une interaction entre eux? Si oui, cette interaction a-t-elle une influence sur la capacité de travail? Si oui, pourquoi et dans quelle mesure?

j. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées est-elle identique à celle que vous auriez fournie à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 23 mai 2006? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ?

k. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

l. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

3. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière	La présidente
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

La secrétaire-juriste :
Amélia PASTOR

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