REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2213/2005 **ATAS/770/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 6 septembre 2006

En la cause

Monsieur S_____, domicilié CHATELAINE, comparant avec élection de domicile en l'Etude de Maître ZIEGLER Marco	recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Karine STECK et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Monsieur S_____, né le 1962, marié, originaire du Kosovo, est venu en Suisse avec son épouse et ses 5 filles en 1999. La famille a été mise au bénéfice des mesures collectives d'admission provisoire, levées après la guerre du Kosovo.

2. L'intéressé a travaillé comme enseignant au Kosovo et a suivi, en parallèle, une formation professionnelle d'ingénieur dans une école polytechnique. A Genève, il a participé à un programme d'enseignement de la langue et de la culture albanaises pendant deux ans. Dès le 1er août 2001, il a été engagé comme employé par l'entreprise de gypserie-peinture X_____ SA.

3. Le 27 novembre 2001, alors qu'il effectuait en urgence et sans masque de protection des travaux de nettoyage sur un chantier, l'intéressé a inhalé des vapeurs d'acide chlorhydrique. Incommodé par les odeurs, il a perdu connaissance et chuté dans les escaliers, sur le dos et la nuque.

4. Appelé sur les lieux, le Dr A_____, de SOS-MEDECINS a conclu à une probable intoxication à l'acide chlorhydrique et fait transporter l'intéressé par ambulance aux (ci-après "établissement hospitalier") où il est resté vingt-quatre heures en observation.

5. L'intéressé est en incapacité de travail à 100 % depuis l'accident et la Caisse nationale suisse en cas d'accident (ci-après SUVA) a pris en charge le cas.

6. Le 29 novembre 2001, l'intéressé est retourné consulter aux "établissement hospitalier" pour des céphalées. Les médecins ont diagnostiqué une anxiété et des céphalées post commotion. Le status neurologique était sans particularité.

7. Le 30 novembre 2001, il consulte la Dresse B_____, médecin généraliste, pour des céphalées et des nucalgies importantes. Lors de la consultation du 4 décembre 2001, vu le status neurologique anormal et l'aggravation des symptômes malgré un traitement anti-inflammatoire, la Dresse B_____ l'a renvoyé à la division des urgences médico-chirurgicales (DUMC) des "établissement hospitalier", pour investigations complémentaires. L'examen neurologique, le CT-scan cérébral et les radiographies de la colonne cervicale se sont révélés normaux. Dans son rapport du 7 février 2002 à la SUVA, la Dresse B_____ a posé les diagnostics de status post commotion cérébrale avec nucalgies et probable syndrome de stress post-traumatique. L'incapacité de travail était toujours de 100 %, pour une durée indéterminée.

8. Le Dr C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a adressé un rapport à la SUVA en date du 4 avril 2002. Il a expliqué qu'il voyait régulièrement l'épouse de l'assuré à sa consultation et que cette dernière l'avait tenu

au courant de l'évolution de l'état de santé de son époux. Il avait vu l'assuré pour la première fois le 20 décembre 2001 et avait constaté qu'il était amaigri, anxieux, l'air épuisé, mais sans autre anomalie notable. Il avait des douleurs physiques, surtout dans la nuque, mais avait l'espoir de reprendre une vie normale et son travail rapidement. Puis, le 28 décembre 2001, des vertiges sont apparus, ayant entraîné une chute. Au début janvier 2002, le médecin a constaté des signes et des symptômes franchement dépressifs, l'insomnie s'était aggravée, le patient faisait des cauchemars très fréquents à contenu traumatique faisant référence à des vécus de guerre. Il a posé les diagnostics suivants : état dépressif sévère sans symptôme psychotique, syndrome post-commotionnel (suspicion) et état de stress post-traumatique (réactivation modérée). Le traitement anti-dépresseur introduit par le médecin traitant a été renforcé par le Dr C_____ qui a instauré également un suivi psychiatrique. En raison de la sévérité de l'état dépressif, le patient était incapable d'assumer même les tâches quotidiennes pour aider son épouse et il fallait prévoir une incapacité de travail prolongée.

9. A la demande de la SUVA, les médecins de l'Unité de neuropsychologie des "établissement hospitalier" ont effectué un examen neuropsychologique de l'assuré le 24 juillet 2002 qui a mis en évidence des difficultés importantes dans la globalité des fonctions supérieures. Selon les médecins, ces troubles sont compatibles avec l'état dépressif du patient et ne peuvent faire évoquer un éventuel trouble organique. Ils sont à intégrer dans l'état psychique du patient, même si certaines productions indiquent une exagération, qu'elle soit consciente ou non. L'examen a été complété par un examen neurologique. Dans son rapport à la SUVA du 6 août 2002, le Dr D_____, médecin-adjoint à la policlinique de neurologie, relève que l'examen clinique n'a pas permis de mettre en évidence de trouble neurologique net et il semble que l'on se trouve en présence de douleurs chroniques aggravées par les troubles thymiques. Une psychothérapie de soutien est indispensable, de même qu'un reconditionnement physique et une discrète reprise d'activité qui pourrait rassurer le patient. L'activité de peintre doit être évitée au vu des troubles subjectifs de l'équilibre et des troubles cervicaux.

10. Dans son rapport du 14 octobre 2002 à l'attention du médecin-conseil de la SUVA, le Dr C_____ a décrit l'évolution de l'état de santé de son patient sur le plan psychiatrique : il indique que la situation est restée mauvaise sur le plan de l'état dépressif, mais que le pronostic ne devrait pas être mauvais à moyen et long terme, étant donné qu'il s'agit d'un premier épisode. Un travail psychothérapeutique de longue haleine associé à une médication lourde sont nécessaires en raison de l'ensemble du contexte. Il adhère à la proposition du Dr D_____ quant à une remise en condition physique et la reprise d'une activité modérée en évitant l'activité de peintre ou toute autre impliquant un risque de chute.

11. La Dresse B_____ a déposé pour le compte de son patient une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) le 5 décembre 2002.

12. Par décision du 24 juin 2003, la SUVA a mis fin aux indemnités journalières et soins médicaux au 30 juin 2003, considérant que l'accident du 27 novembre 2001 ne jouait plus de rôle dans les troubles que présentait encore l'assuré. L'opposition formée par l'assuré a été rejetée par la SUVA le 26 novembre 2003**.**

13. Dans un rapport du 6 juillet 2003 à l'attention de l'OCAI, le Dr C_____ a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, trouble somatoforme « sans précision » : douleurs dans la nuque sans substrat organique décelable dans les suites de l'accident avec chute dans les escaliers, état de stress post-traumatique, expérience de catastrophe, de guerre et d'autres hostilités, autres difficultés précisées liées à l'entourage immédiat (dépression de sa femme), suspicion de trouble cérébral organique entraînant en particulier des manifestations compatibles avec une épilepsie temporale post-traumatique. L'incapacité de travail est de 100 % depuis le 27 novembre 2001, pour une durée indéterminée.

14. En août 2003, la GENEVOISE ASSURANCES, assureur pour l'indemnité journalière perte de gain en cas de maladie, a mandaté le Dr E_____, spécialise FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour expertise. Dans son rapport du 4 septembre 2003, l'expert a posé les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte et d'exagérations symptomatiques pour des motifs non médicaux. Il a conclu à une capacité de travail de 100 % dès le 25 août 2003, du point de vue psychiatrique.

15. Au vu de ces contradictions, le médecin-conseil de la GENEVOISE ASSURANCES a soumis le rapport d'expertise précité au Dr C_____ pour détermination. Ce dernier a expliqué et maintenu ses diagnostics. Il a précisé par ailleurs que le patient était suivi sur le plan psychiatrique depuis mi-septembre 2003 par le Centre de thérapies brèves (CTB) des Charmilles.

16. L'assuré a été adressé par les médecins du CTB au Département de psychiatrie des "établissement hospitalier", clinique de Belle-Idée, où il a séjourné du 13 novembre au 8 décembre 2003. Au cours de l'hospitalisation, les médecins n'ont pas observé de symptômes en lien avec une éventuelle épilepsie temporale, mais on noté en revanche un épisode dépressif sévère avec retrait, difficultés de contact et ralentissement psychomoteur. L'électroencéphalogramme a permis d'exclure une épilepsie.

17. L'OCAI a confié une expertise psychiatrique au Dr F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 20 juillet 2004, l'expert expose avoir eu deux entretiens avec le patient dont un en présence d'une interprète et un entretien avec l'épouse de l'assuré en présence de son mari. Selon les

conclusions de l'expert, sur la base des critères selon la Classification Internationale des Maladies (CIM – 10) chapitre F32, il ressort clairement que l'on ne se trouve pas dans une situation clinique d'état dépressif, mais que l'assuré « emprunte » en quelque sorte des éléments du registre dépressif pour déposer son malaise et sa problématique qui est surtout d'ordre psychosocial. Il a posé les diagnostics de troubles anxieux dépressifs mixtes F41.2 et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (et sociales) F68.0. Un taux d'incapacité de 20 à 30 % au maximum est retenu pour ce qui concerne le premier diagnostic.

18. Le Service médical AI SMR LEMAN a retenu sur la base de cette expertise une capacité de travail de 70 à 80 % dans l'activité habituelle.

19. Par décision du 9 novembre 2004, l'OCAI a refusé l'octroi d'une rente à l'intéressé, au motif qu'il ne présentait par un degré d'invalidité supérieur à 30 %. Le 10 novembre 2004, l'OCAI a également nié le droit à des mesures de reclassement, considérant que l'assuré présente une capacité de travail d'au moins 70 % dans son ancienne activité ou dans d'autres activités et que de telles mesures ne permettraient pas d'augmenter le taux de capacité de gain.

20. Représenté par Me Marco ZIEGLER, l'assuré a formé opposition le 10 décembre 2004 ; il fait grief au SMR de se contenter de comparer les conclusions du rapport d'expertise avec celle du Dr E_____. Il soutient que des mesures de reclassement professionnel sont indispensables afin d'améliorer ses chances sur le marché du travail et conclut à l'annulation des décisions, le refus de rente apparaissant prématuré.

21. Par courrier du 21 décembre 2004, le mandataire de l'assuré a informé l'OCAI que l'état de santé de son client s'était aggravé, nécessitant sa prise en charge par le CTB de la Servette, puis son hospitalisation à la "établissement hospitalier"depuis le 9 décembre 2004. Il a joint copie d'un résumé d'intervention CTB du 16 décembre 2004 faisant état d'idées suicidaires chez l'assuré.

22. Dans un rapport du 18 février 2005 à l'OCAI, la Dresse F_____, du CTB de la Servette, a indiqué comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, un état de stress post-traumatique et un syndrome psycho-organique. L'incapacité de travail est de 100 % du 25 septembre 2003 au 8 mars 2005, date de la fin de suivi au CTB. L'état de santé s'aggrave et le pronostic est très réservé au vu de l'évolution, avec tendance à une chronicisation des troubles, marquée par des décompensations, même sous un suivi intense.

23. Selon un avis médical du SMR du 18 avril 2005, il n'est pas exact que l'assuré souffre d'un état dépressif sévère sans rémission, car il a été expertisé par deux psychiatres qui ont clairement réfuté un état dépressif grave en raison des signes de manipulation ou de distorsion, d'incohérences nosologiques de la dépression, ainsi

que du bénéfice secondaire important de la maladie (obtention du permis humanitaire). De surcroît, le dosage des médicaments qu'il était sensé prendre était négatif.

24. Par décision du 23 mai 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré, au motif que l'expertise du Dr F_____ avait pleine valeur probante et que ce dernier a clairement mis en évidence les facteurs psychosociaux. Il a retenu la capacité de travail fixée par l'expert était de 70 à 80 % dans toute activité. S'agissant du reclassement, l'OCAI considère qu'une telle mesure n'est pas nécessaire, ni adéquate.

25. L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours le 23 juin 2005. Il conteste les conclusions de l'expertise, faisant valoir que le rapport de la Dresse F_____ contenait des constatations cliniques nouvelles et objectivement contradictoires avec les constatations faites par l'expert quelques mois plus tôt. Selon le recourant, le caractère aujourd'hui chronique des épisodes dépressifs graves, tels que mis en évidence par le CTB, doit être envisagé médicalement. Les conclusions du rapport d'expertise sur lesquelles s'est fondé l'OCAI tiennent insuffisamment compte de tous les éléments d'appréciation pertinents, de sorte qu'elles ne peuvent être considérées comme probantes. Il conclut à l'annulation de la décision sur opposition, à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise judiciaire et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision, sous suite de dépens.

26. Dans sa réponse du 29 août 2005, l'OCAI relève préalablement avoir reçu un rapport daté du 24 juin 2005 des psychiatres du Département de psychiatrie, médecins traitants du recourant, qu'il a soumis pour avis au SMR. Ce rapport, signé par les Drs F_____, G_____et H_____, rappelle que l'assuré a été pris en charge à quatre reprises dans le cadre du CTB, la première fois du 25 septembre au 12 novembre 2003 sur demande de son thérapeute, le Dr C_____, pour une prise en charge intensive d'un épisode dépressif sévère. Le ralentissement psychomoteur était marqué, le patient présentait une baise de l'élan vital, des troubles du sommeil avec cauchemars ainsi que des moments d'envahissement par des distorsions visuelles de la réalité, accompagnant des moments dissociatifs, de contenu terrifiant, sans construction délirante. Le cadre pluri-hebdomadaire intensif s'est révélé insuffisant et a motivé une orientation vers l'unité de psychiatrie hospitalière adulte. Lors de ces prises en charge, la symptomatologie dépressive était sévère. Quant à la prise en charge hospitalière, les médecins indiquent que le patient a été hospitalisé à trois reprises, la première fois du 13 novembre 2003 au 8 décembre 2003, pour un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Dans leurs conclusions, les médecins relèvent que le patient présente un trouble dépressif récurrent sévère, à l'origine de plusieurs tentatives de suicide, ainsi qu'un état de strass post-traumatique. L'incapacité de travail est totale et le pronostic est défavorable, au vu de l'évolution chronique.

Le SMR s'est prononcé sur le rapport des médecins psychiatriques dans un avis du 22 août 2005. Il a rappelé que l'expert, le Dr F_____, avait clairement envisagé que l'assuré mobilise de nouveaux éléments pour persévérer dans son attitude et considère que ce rapport, établi dans un contexte de conflit assécurologique par les médecins en charge de l'assuré, ne saurait valablement ébranler les conclusions des experts. L'OCAI s'en rapporte à justice sur le point de savoir s'il convient de soumettre le récent rapport des "établissement hospitalier" au Dr F_____ et, sur le fond, conclut au rejet du recours.

27. Le 17 octobre 2005, le Tribunal de céans a soumis au Dr F_____ le rapport établi par les "établissement hospitalier" en date du 24 juin 2005 en l'invitant à se déterminer.

28. L'expert, dans sa détermination du 8 novembre 2005, expose qu'après lecture attentive du document, il ne pouvait s'empêcher de trouver dans des informations récentes une nouvelle étape de dramatisation et une sorte de confirmation de son hypothèse évoquée en dernière page de son expertise. A son avis, l'enchaînement dramatisant-accentuant ne montre nullement l'absence de maux chez l'assuré, au contraire, l'assuré souffre beaucoup, mais la souffrance est moins médicale que sociale. Il explique que le nouveau document ne remet pas en question le fondement de ses conclusions, mais se lisent comme une prolongation. L'expert relève cependant qu'il ne peut se prononcer formellement sur l'état clinique actuel de l'assuré, en particulier sur la question de savoir si le trouble qu'il a lui-même reconnu (anxieux dépressif mixte) s'est accentué et a pris une plus grande importance en-dehors de la partie sociale. Il propose de procéder à une vérification clinique extérieure au circuit médical habituel, par exemple sous forme d'un consilium supplémentaire, en dehors du canton de Genève.

29. Le 15 novembre 2005, la détermination de l'expert a été transmise aux parties pour observations.

30. Dans ses écritures du 22 novembre 2005, l'OCAI considère que la détermination de l'expert tend à confirmer pour l'essentiel ses précédentes conclusions. Pour le surplus, dans la mesure où des informations supplémentaires attestant d'une modification durable de l'état de santé du recourant devraient être produites, l'OCAI se déclare prêt à examiner cette situation nouvelle dans le cadre d'une procédure de révision et de procéder au complément d'instruction suggéré par l'expert.

31. Le 12 décembre 2005, le conseil du recourant relève que l'expert met principalement en évidence les positions trop opposées qui divisent les psychiatres traitants et un groupe de spécialistes et d'experts qui nie l'existence d'une affection invalidante lorsque "la souffrance est moins médicale que sociale". Il conclut que dans la mesure où l'hospitalisation du recourant à "établissement hospitalier"s'est

poursuivie pendant une longue durée, il se justifie de demander un rapport médical à cet établissement afin d'évaluer l'état clinique actuel.

32. A la demande du Tribunal de céans, le Service de psychiatrie adulte - Servette a rendu un rapport en date du 23 mars 2006. Les Drs I_____, chef de clinique et J_____, médecin interne, indiquent que le recourant est hospitalisé depuis le 30 mai 2005 à la clinique psychiatrique de Belle-Idée, en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. L'évolution clinique est fluctuante et plusieurs adaptations du traitement pharmacologique ont été nécessaires. L'état actuel du patient est marqué par un certain ralentissement psychomoteur, avec un discours en partie ralenti à contenu dépressif. Les symptômes sont malgré tout légèrement moins marqués qu'il y a quelques semaines, mais cela dit, l'incidence de cette symptomatologie dépressive fluctuante affecte la capacité de travail à 100 % actuellement. Selon les médecins, auparavant, le patient a été hospitalisé à deux reprises, du 13 novembre 2003 au 8 décembre 2003 pour un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, puis du 9 décembre 2004 au 25 janvier 2005 pour un nouvel épisode dépressif sévère.

33. Les parties ont été invitées à se déterminer. Le recourant a persisté dans ses conclusions. L'OCAI a pour sa part maintenu ses conclusions pour la période s'étendant jusqu'au 23 mai 2005 ; pour la période postérieure, il se réfère à l'avis du SMR qui suggère de mettre sur pied un consilium psychiatrique.

34. Le Tribunal de céans a ordonné des enquêtes et procédé à l'audition des Drs J_____ et F_____ en date du 14 juin 2006. A l'audience, l'OCAI a remis au Tribunal copie d'un rapport détaillé établi le 17 mai 2006 par les Drs I_____, J_____, K_____, et visé par le Prof. L_____, du département de psychiatrie des "établissement hospitalier", relatif à l'hospitalisation du recourant du 30 mai 2005 au 16 mai 2006. Le diagnostic psychiatrique retenu reste un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques. Les médecins concluent que cette dépression était très probablement en partie d'origine organique comme en atteste l'antécédent de traumatisme crânien et l'atrophie à l'IRM ; un autre facteur étiologique pourrait être constitué par un état de stress post-traumatique. Le traitement de cette dépression résistante s'est avéré difficile et a abouti à une trithérapie pharmacologique lourde; sans cet acharnement thérapeutique, les médecins se déclarent convaincus que le patient serait resté dans son état de profonde dépression avec les risques suicidaires importants que cela comportait, sans parler de sa souffrance et de celle de son entourage. Les médecins ont décrit toute l'évolution clinique et pharmacologique du patient, indiqué les activités thérapeutiques dont il a bénéficié et résumé les examens paracliniques. Ils ont relevé à cet égard qu'un IRM cérébral effectué le 15 juin 2005 a mis en évidence une atrophie cortico-sous-corticale importante pour l'âge, dont le résultat est superposable à l'IRM cérébrale du 12 mai 2006. Cette

atrophie peut être imputée d'une part au traumatisme crânio-cérébral de 2001, qui aurait provoqué un syndrome post-commotionnel et, d'autre part, à l'état dépressif.

35. Lors de son audition, le Dr J_____ a expliqué que le recourant avait été admis à la "établissement hospitalier"en entrée non volontaire le 30 mai 2005, pour une péjoration de l'état psychique. Il présentait des symptômes psychotiques en relation avec l'état dépressif sévère, avec des gestes à tendance suicidaire. En raison de l'état dépressif récurrent résistant aux traitements, il a fallu chercher plusieurs solutions afin de trouver le traitement qui convenait. Durant l'hospitalisation, le médecin n'a jamais observé d'attitude démonstrative, ni de manipulation ou de simulation de la part du patient. Les résultats des examens cliniques et paracliniques ont fait penser que l'état dépressif sévère du patient était dû à un substrat organique, plutôt qu'à une situation psycho-sociale difficile : en effet, plusieurs IRM ont été pratiquées depuis 2002 ou 2003, dont les résultats sont superposables, qui avaient montré une altération cérébrale compatible avec un état dépressif sévère. Le médecin a précisé qu'il peut y avoir un décalage entre la lésion organique et les symptômes dépressifs. D'autres examens ont montré une altération du sommeil compatible avec un état dépressif. S'agissant de l'incapacité de travail, le médecin a déclaré qu'elle était totale en toute cas depuis l'admission en clinique le 30 mai 2005 et qu'à sa sortie le 16 mai 2006, le patient n'était pas encore apte à exercer une activité lucrative.

36. Le Dr F_____ a déclaré que lorsqu'il avait examiné l'assuré à la demande de l'assurance-invalidité, au vu de l'ensemble du dossier et des observations cliniques, il était parvenu à la conclusion que certes, l'assuré va mal, mais qu'il s'agissait d'une maladie sociale avec un processus invalidant qui est apparu depuis longtemps. Il a expliqué qu'il avait pu observer des décalages importants dans le comportement de l'assuré, selon qu'il était seul avec l'interprète (attitude dynamique) ou en présence de son épouse (passivité, comportement de malade), incompatibles avec un état dépressif sévère. Une IRM cérébrale pratiquée en 2003 montrait une discrète atrophie cortico-sous-corticale qui, en soi, n'est pas une pathologie, de sorte qu'il n'y a pas de corrélation entre une telle atrophie et un état dépressif sévère. Après que le Tribunal lui ait donné connaissance du rapport de la "établissement hospitalier"du 17 mai 2006 faisant état d'une atrophie cérébrale importante pour l'âge, le Dr F_____ a déclaré qu'il est clair qu'une telle atrophie peut entraîner une dépression sévère. Sur question, il a répondu qu'il ne pouvait toutefois pas se prononcer sur le point de savoir si une discrète atrophie cérébrale peut entraîner un état dépressif sévère, car il s'agit du domaine neuro-chirurgical. Il a cependant précisé que l'atrophie cérébrale a très bien pu s'aggraver entre 2003 et 2005, pour des raisons vasculaires par exemple. L'expert a également confirmé que les états dépressifs liés à une cause organique ne réagissent pas ou très peu aux médicaments anti-dépressifs ; dans ces conditions, le fait que les médecins de la clinique psychiatrique ont déclaré que le patient avait très mal réagi aux anti-dépresseurs pourrait confirmer un état dépressif lié à une cause organique.

Selon le Dr F_____, un expert en neurologie avec une sous-spécialisation des lésions cérébrales pourrait vérifier l'hypothèse de la lésion organique en pratiquant des IRM de substitution, voire une angiographie; les psychiatres ne peuvent pas le faire, car ils n'ont pas de formation en neurologie. L'on ne pouvait pas savoir, en l'état, ce que signifie l'atrophie cérébrale observée chez le patient; il se peut que suite à l'accident lors duquel l'assuré a fait un hématome intra-crânien, il y ait eu une récupération incomplète.

37. A l'issue de l'audience, l'OCAI a requis une expertise supplémentaire sous forme d'un examen neurologique. Quant au recourant, il a demandé un délai pour se déterminer.

38. Dans ses conclusions après enquêtes du 23 juin 2006, le recourant a relevé que l'audition du Dr J_____ avait permis de confirmer un élément important résultant du rapport détaillé adressé par le Département de psychiatrie le 17 mai 2006 au SMR, à savoir que les IRM pratiquées en juin 2005 et avril 2006 avaient mis en évidence une altération cérébrale, soit une atrophie cortico-sous-corticale importante pour l'âge. Cette cause organique pouvait expliquer l'état dépressif sévère, ainsi que le Dr F_____ l'a admis. Il considère qu'il est établi que l'état dépressif sévère dont il soufre depuis plusieurs années est bien réel et a entraîné une incapacité de travail totale et durable. Il s'interroge dès lors sur la nécessité de l'expertise neurologique demandée par l'intimé ; sur ce point, il s'en rapporte à l'appréciation du Tribunal, indiquant qu'il se soumettrait à une telle expertise si elle était ordonnée, bien qu'il estime préférable qu'une décision sur le fond soit rendue.

39. Ces écritures ont été communiquées à l'OCAI le 27 juin 2006. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

40. Pour le surplus, les allégués des parties ainsi que les éléments pertinents résultant du dossier et de l'instruction seront repris en détail, en tant que de besoin, dans la partie en droit ci-après.

EN DROIT

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

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

sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, 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) 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.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Aussi le droit à une rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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).

   Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 5 et 60 LPGA).

4. Le litige consiste à déterminer si les troubles psychiques que présente le recourant sont invalidants au sens de l'assurance-invalidité et ouvrent droit à des prestations. Le cas échéant, il conviendra de déterminer le degré d'invalidité, ainsi que la survenance de l'invalidité.

5. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

   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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de

se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1).

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance.

S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable mais au plus tôt le 1er jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI ; ATF 126 V 9 consid. 2b et les références ; consid. 4.3.1 de l'arrêt P. du 1er mai 2003, I 780/02).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Depuis le 1er janvier 2004, date de l'entrée en vigueur de la 4ème révision AI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

6. 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, 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 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).

7. 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).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

8. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant a subi un accident le 27 novembre 2001, sous forme d'une intoxication à l'acide chlrorhydrique avec perte de connaissance, chute dans les escaliers et traumatisme crânien. Depuis lors, il a développé des troubles psychiques et n'a plus repris le travail.

   Selon le dossier médical, il résulte que dans les suites immédiates de l'accident, les médecins des urgences des "établissement hospitalier" n'ont rien décelé d'anormal au CT scan. Cependant, assez vite, le recourant s'est plaint de céphalées, de douleurs dans la nuque et d'anxiété; le 4 décembre 2001, la Dresse RIZZI-B_____, qui l'avait vu pour la première fois à sa consultation le 30 novembre 2001, a constaté une aggravation des symptômes malgré un traitement antiflammatoire et un status neurologique anormal. Suspectant un syndrome de stress post-traumatique, elle l'a renvoyé aux "établissement hospitalier" pour des investigations supplémentaires qui n'ont pas mis en évidence de lésion cérébrale. Elle a attesté d'une incapacité de travail totale, prescrit des antidépresseurs et adressé son patient au Dr C_____, psychiatre.

   Le Dr C_____ a vu le recourant pour la première fois le 20 décembre 2001 et a constaté qu'il était amaigri, anxieux et avait l'air épuisé. Le patient a relaté l'apparition d'hallucinations visuelles dans les jours qui ont suivi l'accident, toujours à caractère calamiteux, ainsi que des cauchemars à contenu traumatique, violent. La symptomatologie s'est rapidement aggravée à fin décembre 2001 avec l'apparition de vertiges, avec chute. En janvier 2002, le médecin a constaté l'apparition de symptômes franchement dépressifs, avec notamment aggravation de l'insomnie, ayant nécessité un renforcement du traitement anti-dépresseur et l'instauration d'une

psychothérapie. Il a posé les diagnostics d'état dépressif sévère sans symptômes psychotiques, de syndrome de stress post-traumatique et de suspicion de syndrome post-commotionnel. En raison de l'état dépressif sévère, le patient était incapable d'aider son épouse à la maison et l'incapacité de travail était totale depuis l'accident, probablement pour une longue durée. Depuis lors, selon le Dr C_____, l'état dépressif n'a pas connu d'amélioration, malgré un suivi régulier et l'administration de nombreux traitements psychotropes. Les progrès n'ont jamais été suffisants pour envisager une reprise d'activité, même légère. Dans son rapport détaillé du 6 juillet 2003 à l'attention de l'OCAI, le Dr C_____ relevait que la personnalité prémorbide de l'assuré était adaptée, avec des ressources personnelles au-dessus de la moyenne avant la décompensation.

L'intimé se réfère aux conclusions du Dr E_____ qui a expertisé le recourant à la demande de la GENEVOISE ASSURANCES et estimé que l'assuré était, du point de vue psychiatrique, capable de travailler à 100 % depuis le mois d'août 2003, ainsi que sur les conclusions de l'expertise réalisée par le Dr F_____ en date du 20 juillet 2004. Selon cet expert, le diagnostic de troubles dépressifs proprement dit ne pouvait être retenu, malgré la présence d'anxiété et de quelques éléments du registre dépressif ; le recourant présentait une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologies et sociales justifiant une incapacité de travail de 20 à 30 % au maximum. Il estimait probable que le recourant allait continuer dans les manifestations de son mal-être ou encore mobiliser d'autres éléments pour persévérer dans son attitude.

9. Le Tribunal de céans relève cependant que la sévérité de l'état psychique du recourant a été constatée par de nombreux médecins qui ont examiné le recourant: les médecins traitants, dès la fin 2001, le Dr D_____, du département des neurosciences, neurologie du comportement, dans son rapport du 18 février 2003 au Dr C_____, les spécialistes en psychiatrie du CTB ainsi que du Département de psychiatrie des "établissement hospitalier" dès la prise en charge de septembre 2003. Ainsi, le recourant a dû être pris en charge globalement par le CTB, ce qui s'est avéré toutefois insuffisant et a justifié une première hospitalisation à fin 2002 pour un état dépressif avec symptômes psychotiques. Depuis lors, le recourant a été régulièrement suivi par les psychiatres et hospitalisé à plusieurs reprises, dont dernièrement une hospitalisation non volontaire de longue durée, depuis le 30 mai 2005.

   Des enquêtes ordonnées par le Tribunal de céans, il résulte que les médecins psychiatres et les institutions spécialisées qui ont suivi et traitent le recourant depuis son accident et jusqu'à ce jour sont unanimes dans leurs conclusions, à savoir que le recourant souffre d'un état dépressif récurrent sévère, résistant au traitement, avec symptômes psychotiques dès 2003. Lors de son audition, le Dr K_____, de la clinique de Belle-Idée, a expliqué que le diagnostic a été clairement posé au vu des symptômes présents durant plusieurs mois. D'autre part, des examens cliniques

et paracliniques ont été effectués et les résultats ont amené les médecins à penser que l'état dépressif sévère du patient était dû à un substrat organique plutôt qu"à une situation psycho-sociale difficile : dans ces circonstances, un facteur de stress n'est pas forcément la cause d'une péjoration de l'état de santé. Le médecin a déclaré que le patient avait subi des IRM du cerveau avant son hospitalisation du 30 mai 2005 qui montraient une atteinte cérébrale compatible avec un état dépressif sévère. Il a ajouté qu'il pouvait y avoir un décalage entre la lésion organique et les symptômes dépressifs. Des enregistrements du sommeil durant une nuit ont permis de montrer une altération de l'architecture du sommeil compatible avec un état dépressif. En raison de l'état dépressif récurrent résistant aux traitements, les médecins de la "établissement hospitalier"ont dû adapter le traitement et chercher plusieurs solutions afin de trouver le traitement qui convenait au patient, étant précisé que ce dernier n'a jamais refusé un traitement. L'incapacité de travail est totale en tout cas depuis son admission en clinique le 30 mai 2005 et à sa sortie, le 16 mai 2006, il n'était pas encore apte à exercer une activité lucrative.

Lors de son audition par le Tribunal, le Dr F_____ a indiqué que lorsqu'il avait examiné le recourant en 2004, il avait procédé à des observations cliniques doubles, à savoir avec le concours d'un interprète ainsi qu'avec l'épouse de l'assuré. C'est sur la base de ces observations cliniques qu'il était parvenu à la conclusion que le recourant allait mal, mais qu'il s'agissait d'une maladie sociale avec un processus d'invalidation. Après avoir pris connaissance du rapport de la "établissement hospitalier"du 17 mai 2006, il a admis qu'une atrophie cérébrale importante pouvait entraîner une dépression sévère. D'autre part, il a déclaré que l'atrophie cérébrale a très bien pu s'aggraver entre 2003 et 2005, pour des raisons vasculaires par exemple. Il a encore précisé que les états dépressifs liés à une cause organique ne réagissent pas ou très peu aux médicaments antidépresseurs; les constations des médecins de "établissement hospitalier"à cet égard pourraient confirmer un état dépressif lié à une cause organique. Il estimait cependant que seul un expert en neurologie avec une sous-spécialisation en lésions cérébrales pourrait vérifier l'hypothèse de la lésion organique.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans considère que les conclusions des Drs E_____ et F_____ ne sont pas convaincantes, car contredites par plusieurs médecins et institutions spécialisées en psychiatrie. De surcroît, le Dr F_____ a admis qu'une atrophie cérébrale importante pouvait entraîner un état dépressif sévère et qu'un état dépressif lié à une cause organique résistait aux traitements antidépresseurs, ce que les "établissement hospitalier" décrivent précisément.

Il convient en conséquence de retenir les conclusions circonstanciées des "établissement hospitalier" et du CTB, confirmées en audience par le Dr K_____, corroborant le diagnostic retenu dès le départ par le Dr C_____. Les explications sont claires, convaincantes, basées sur une

longue observation du patient et de nombreux examens cliniques et paracliniques et revêtent ainsi pleine valeur probante. A cet égard, une expertise supplémentaire, tel que requise par l'intimé, est inutile, car il n'est pas nécessaire de vérifier exactement de quelle cause organique il s'agit. Ce qui est sûr, c'est que le recourant présente une altération cérébrale, compatible avec un état dépressif sévère qui est apparu après l'accident et que la gravité de son état de santé psychique l'a empêché, jusqu'à ce jour, de reprendre le travail.

En conséquence, il y a lieu d'admettre que le recourant présente une incapacité de travail de 100 % dès l'accident, pour des raisons psychiatriques, de sorte qu'il a droit à une rente entière d'invalidité dès le mois de novembre 2002 (cf. art. 29 al. 1 let. b LAI).

Le recours doit être admis et l'intimé, qui succombe, versera au recourant une participation à ses frais et dépens fixée en l'occurrence à 2'500 fr.

***

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule les décisions de l'OCAI des 9 novembre 2004 et 23 mai 2005.

3. Dit et prononce que le recourant a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1er novembre 2002.

4. Renvoie la cause à l'intimé afin qu'il vérifie les notamment les conditions d'assurance, procède au calcul de la rente et notifie une décision y relative.

5. Condamne l'intimé à payer au recourant la somme de 2'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier	La présidente
Walid BEN AMER	Juliana BALDE

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