

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2407/2007

ATAS/330/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 19 mars 2008

En la cause

Monsieur P_____, domicilié à Carouge, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître CRAUSAZ Hervé

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Bertrand REICH , Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur P_____, italien, sans formation professionnelle, a travaillé en Italie comme tapissier. Arrivé en Suisse en 1964, il a travaillé auprès de l'entreprise X_____ à Bienne, puis en 1969, il s'est installé à Genève. Il a été employé en dernier lieu par Y_____ (Suisse SA) comme préparateur de voitures, de 1988 à juillet 2003.
2. Suite à une chute sur le lieu de travail, l'intéressé a été en arrêt de travail total depuis le 16 juillet 2003 et n'a pas repris d'activité depuis lors. Une contusion et une déchirure musculaire à l'épaule droite, de même que des douleurs dorsales secondaires ont été diagnostiquées lors des premiers soins, au lendemain de l'accident. La SUVA a pris en charge le cas, jusqu'au 22 mars 2004, date à laquelle elle a mis fin à ses prestations, en raison de l'absence d'une relation de causalité pour le moins probable entre les troubles persistants et l'accident assuré.
3. Le 7 juillet 2004, l'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), visant à l'obtention d'une rente.
4. Dans son rapport daté du 10 mai 2004, le Dr A_____ indique que depuis l'accident, une impotence fonctionnelle de l'épaule s'est installée avec de fortes douleurs du muscle de l'angulaire de l'omoplate. Des symptômes lombaires sont apparus tout de suite après l'accident et l'évolution a été défavorable. Selon le Dr A_____, tout cela démontre un stress post-traumatique, les signes cliniques sont bien réels et peuvent être de longue durée.
5. Dans un rapport du 28 juillet 2004, le Dr B_____, médecin adjoint agrégé du Département des neurosciences cliniques et dermatologie des HUG, relève que le patient a présenté une paralysie faciale, le patient n'ayant toujours pas fait le deuil de son visage. S'en est suivi un état anxio-dépressif important dont le patient a seulement partiellement récupéré, mais qui s'associe à une irritabilité et à une labilité émotionnelle. Ce médecin préconisait un suivi thérapeutique et médicamenteux pour l'état thymique.
6. Dans son rapport médical du 25 août 2004 à l'attention de l'OCAI, le Dr A_____, médecin traitant, indique que l'incapacité de travail est de 100% dès le 17 juillet 2003. Il mentionne comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail un asthme bronchique depuis l'enfance et a produit divers rapports médicaux dont un rapport d'examen neuropsychologique établi en date du 17 juin 2004 par Monsieur Q_____, psychologue FSP, spécialiste en neuropsychologie des HUG. Dans ses conclusions, ce dernier indique que l'examen neuropsychologique met en évidence un discret ralentissement, une tendance aux persévérations dans une épreuve évaluant la fluence figurale et un déficit modéré dans le rappel différé d'une information verbale apprise. Le tableau était évocateur

d'une discrète souffrance sous-cortico-frontale, dont l'origine reste à déterminer en regard des autres investigations effectuées.

7. Dans un rapport du 25 janvier 2005, le Dr A_____ indique que l'état de santé de l'assuré s'est aggravé depuis octobre 2004 et que le pronostic est réservé. Il précise qu'un traitement est en cours, à savoir l'administration d'anti-inflammatoires, d'antalgiques ainsi qu'une psychothérapie combinée dispensée par la Dresse C_____. Sur le plan mental, il mentionne que l'intéressé présente une émotivité toujours importante, avec des crises de larmes et d'angoisse, une oppression thoracique, une irritabilité, un état anxio-dépressif, des troubles mnésiques, un ralentissement psychomoteur, une tendance aux oublis et des signes d'encéphalopathie vasculaire.
8. La Dresse C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport à l'attention de l'OCAI en date du 15 février 2005. Elle a posé le diagnostic de dysthymie, existant depuis plusieurs années, entraînant une incapacité de travail de 100%. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, la Dresse C_____ indique que les troubles psychiques sont éventuellement réactionnels à la paralysie faciale de 1996.
9. Le SMR Suisse-romande a proposé un examen bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique qui a été confié au SMR LEMAN. L'intéressé a été examiné en date du 31 mai 2006 par le Dr D_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, et par la Dresse E_____, psychiatre FMH. Dans leur rapport du 8 août 2006, les médecins n'ont retenu aucun diagnostic sur le plan psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail, mais en revanche, du point de vue clinique, des lombosciatalgies chroniques sur troubles dégénératifs et statiques ainsi que des cervicalgies chroniques sur trouble dégénératif et statique. Les traits dysthymiques, le status après paralysie faciale à frigore en 1996 et 1997, l'hypertension artérielle traitée, la discrète arthrose acromio-claviculaire droite sans traduction clinique sont sans répercussion sur la capacité de travail. Du point de vue somatique, le Dr D_____ relève que le patient présente des troubles dégénératifs et statiques du rachis cervical et lombaire relativement avancés, sans toutefois mettre en évidence de limitation claire au niveau des amplitudes articulaires en ce qui concerne le rachis lombaire. En ce qui concerne le rachis cervical, l'assuré présente des limitations dans les amplitudes, induites essentiellement par les troubles dégénératifs présentés. Ce médecin conclut que la capacité de travail dans l'activité habituelle de préparateur en voitures est compromise en raison d'une diminution de rendement, mais une telle atteinte n'induit pas une incapacité de travail complète et encore moins dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles relevées consistent à éviter la position en hyperextension ou flexion du rachis cervical, les mouvements brusques de rotation droite-gauche, l'élévation des membres supérieurs au-delà de 90°, la position en anté-flexion ou en porte-à-faux du rachis lombaire contre résistance à répétition, le

port de charge supérieure à 10 kilos de façon répétitive, la position statique assise au-delà de deux heures et debout au-delà de trente minutes. Pour les médecins, l'arrêt de travail à 100% depuis juillet 2003 suite à une chute au travail n'est médicalement pas justifié en raison de l'absence d'atteinte somatique ou psychiatrique graves. Les médecins concluent que dans l'activité habituelle de préparateur en voiture, l'assuré présente une capacité de travail résiduelle de 75% au vu des limitations fonctionnelles et que dans une activité adaptée respectant de façon stricte les limitations fonctionnelles, la capacité de travail est de 100% sans diminution de rendement.

10. Dans son rapport du 8 novembre 2006, la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a calculé le degré d'invalidité du recourant, après comparaison des gains, lequel s'élève à 16%. Sur cette base, l'OCAI a notifié à l'intéressé un projet de décision de refus de prestations, au motif que le degré d'invalidité était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Sur demande écrite et dûment motivée, l'aide au placement serait examinée.
11. Représenté par Me Hervé CRAUSAZ, l'assuré a contesté ce projet auprès de l'OCAI par courrier du 22 novembre 2006, complété en date du 13 décembre 2006. Il a produit divers rapports médicaux et demandé la réouverture de l'instruction médicale.
12. Dans un rapport adressé en date du 10 décembre 2006 au mandataire du recourant, le Dr F_____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et réhabilitation, pathologie du sport, a posé les diagnostics de lombosciatalgies chroniques sur troubles dégénératifs et statiques, cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs et statiques. Sur la base de son examen clinique et d'examens radiologiques récents, le Dr F_____ estime que les conclusions du rapport SMR ne tiennent pas compte de l'état de santé actuel du patient et que, d'autre part, les médecins du SMR n'évaluent pas suffisamment les capacités fonctionnelles nécessaires pour effectuer le travail de préparateur en voiture. Il considère que le problème de l'épaule droite n'est pas suffisamment pris en compte, alors qu'il entraîne un handicap important. Les médecins du SMR décrivent une mobilité de l'épaule droite légèrement limitée sans décrire cliniquement des manœuvres d'atteinte des tendons de la coiffe des rotateurs. Pour poser leur diagnostic, les médecins du SMR se basent sur la description d'une IRM de l'épaule du 31 octobre 2003 mettant en évidence uniquement une discrète arthrose acromio-claviculaire. Or, lorsque le Dr F_____ examine le patient le 13 novembre 2006, il constate une nette limitation en abduction et en rotation interne avec des manœuvres positives de souffrance tendineuse avec un net conflit sous-acromial. L'échographie de l'épaule montre clairement des signes d'inflammation des tendons de la coiffe des rotateurs ainsi que des signes de bursite sous-acromio-deltaïdienne. Ces constatations cliniques et radiologiques justifient clairement un handicap professionnel chez un droitier dont l'utilisation du membre supérieur droit est

fortement mis en sollicitation. Quant aux douleurs dorsales, les radiographies de la colonne dorsale du 14 septembre 2006 montrent une maladie hyper-ostosante de DISH (maladie de Forestier): il s'agit d'une forme d'arthrose exubérante et enraidissante pouvant toucher l'ensemble du rachis et favoriser des douleurs sur arthrose. Au vu des constatations décrites, le Dr F_____ estime que l'activité professionnelle de préparateur en voiture n'est plus adaptée aux problèmes de santé de l'assuré et qu'une adaptation de son poste de travail reste illusoire.

13. Dans un rapport du 11 décembre 2006, la Dresse C_____ indique qu'un état anxieux sévère fluctue au gré des décompensations somatiques nombreuses dont souffre l'intéressé et inversement. La réponse négative de l'OCAI a aggravé sa psychopathologie et sa symptomatologie physique.
14. La Dresse G_____, de la Permanence de Cornavin SA, a rédigé une attestation en date du 13 décembre 2006, aux termes de laquelle l'assuré a été suivi pour un status après paralysie faciale frigore dès 1996-1997, une hernie discale avec lombosciatalgies droites L5-S1 évoluant depuis 1995 et une hypertension artérielle. En raison de la persistance de la chronicité des lombalgies, un traitement adjuvant avec une injection intra-musculaire d'Inflamac semblait atténuer les souffrances et l'état dépressif dû à l'exacerbation de la douleur. Des examens radiologiques et hématologiques pratiqués le 11 septembre 2006 ont mis en évidence la "maladie de Forestier" pour laquelle le patient est en traitement chez le Dr F_____.
15. Dans un rapport adressé en date du 21 février 2007 à l'OCAI, le Dr F_____ indique que sa prise en charge thérapeutique ne concerne que le problème de l'épaule droite, plus particulièrement le conflit sous-acromio-deltoïdien et la tendinopathie sans déchirure des tendons du sus- et du sous-épineux. Le patient a reçu une infiltration de la bourse sous-acromiale sous échographie, ce qui n'a malheureusement amené qu'un soulagement estimé à 20%. Il a proposé également au patient quelques séances de thérapie par ondes de choc extra-corporelles sur l'insertion du sus-épineux et du sous-épineux, ainsi qu'une physiothérapie de réassouplissement de son épaule. Ce médecin ne pense pas que cette prise en charge puisse changer l'évaluation globale de l'état de santé par rapport à l'invalidité, même si elle va améliorer la pathologie douloureuse.
16. A la demande de l'OCAI, la Dresse C_____ établit un rapport en date du 23 mars 2007 dans lequel elle indique que l'état de santé de son patient s'est aggravé en été 2006 avec une récurrence des états dépressifs et une anxiété généralisée depuis le refus de prise en charge par l'AI. L'état de santé général évolue négativement et la dépression devient de plus en plus chronique. Une reprise de travail n'est pas possible actuellement, en raison de l'affection trop chronique et de l'appauvrissement psychosocial.

17. A la demande de l'OCAI, le Dr F_____ indique en date du 1^{er} mai 2007 qu'en tenant compte de la nouvelle atteinte concernant l'épaule, la capacité de travail de l'assuré est de 0% dans l'activité habituelle, qu'une activité adaptée peut être envisagée dans un travail respectant les limitations fonctionnelles, à savoir pas de port de charge lourde ni de mouvements contraignants pour le rachis dorso-lombaire, de flexion-rotation répétitive du tronc, de mouvements avec son bras droit répétitifs et surtout au-dessus de l'horizontale.
18. Par décision du 15 mai 2007, l'OCAI a notifié à l'assuré une décision de refus de prestations, au motif que le degré d'invalidité de 16% est insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Cette décision est motivée par le fait que les éléments complémentaires obtenus dans le cadre de l'instruction n'ont pas permis de modifier son appréciation et que le problème à l'épaule droite a été clairement pris en compte.
19. L'intéressé, par l'intermédiaire de son mandataire, interjette recours en date du 20 juin 2007. Il conteste les conclusions de l'OCAI, dans la mesure où elles reposent sur le rapport d'examen du SMR du 8 août 2006, alors que son atteinte à l'épaule droite remonte après l'examen du SMR et que les examens pratiqués ont permis de déceler une tuméfaction des tendons ainsi qu'un épanchement de la bourse et du biceps au niveau de l'épaule et de diagnostiquer une maladie de DISH. Il allègue que les médecins du SMR n'ont pas suffisamment pris en compte sa pathologie de l'épaule et qu'ils n'ont pas procédé à un examen des dorsales. Or, selon le Dr _____, l'activité professionnelle de préparateur en voitures n'est plus adaptée aux problèmes de santé du recourant et une adaptation du poste de travail reste illusoire. De même, la Dresse C_____, psychiatre, a relevé que l'état anxieux sévère avait été aggravé par la décision négative de l'AI. Le recourant allègue que la constatation de l'OCAI, fondée sur le rapport du SMR du 8 août 2006 est en parfaite contradiction avec les rapports et les certificats établis par les Dr A_____, G_____ et C_____, qui ont constaté une incapacité de travail totale. Il considère que le SMR n'a pas abordé tous les points litigieux du dossier du recourant de manière circonstanciée et ne s'est pas fondé sur des examens complets. Il allègue qu'il subit une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et conteste formellement assumer seul tous les travaux du ménage. Il est aidé en cela par son amie qui reste son seul et unique soutien. Il reproche à l'OCAI d'avoir manifestement mal déterminé son degré d'invalidité. Il demande préalablement à ce qu'une expertise médicale ou une contre-enquête soit ordonnée, permettant de déterminer son degré d'invalidité sur la base de son état de santé actuel et principalement, à l'annulation de la décision de l'OCAI et à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.
20. Dans sa réponse du 21 août 2007, l'OCAI se réfère au rapport d'examen du SMR ainsi qu'à un nouvel avis du 25 juillet 2007, dans lequel ce dernier constate l'absence de faits nouveaux, la maladie de Forestier et les limitations fonctionnelles

qu'elles entraînent ayant été prises en compte dans son évaluation. L'OCAI conclut au rejet du recours.

21. Dans sa réplique du 13 septembre 2007, le recourant relève que les limitations fonctionnelles relevées par les spécialistes du SMR sont manifestement en contradiction avec la capacité de travail retenue à son égard dans l'activité de préparateur de voitures, qui consiste notamment à nettoyer à fond cinq à six voitures par jour, comprenant le nettoyage extérieur et intérieur du véhicule. Il se réfère également au rapport du Dr F_____, qui estime que les spécialistes du SMR ont mal apprécié l'impact de la maladie de Forestier sur sa capacité de travail. Enfin, contrairement à l'avis du SMR, l'aggravation de son état de santé est bien un fait nouveau qu'il convient de prendre en compte lors du prononcé d'une décision relative à l'octroi ou non d'une rente AI. Or, le SMR n'a pas procédé à un nouvel examen de son état de santé depuis le 31 mai 2006, de sorte que la décision de l'OCAI repose sur un examen incomplet de son état de santé. Il persiste intégralement dans ses conclusions.
22. Invité à se déterminer, l'OCAI, par courrier du 2 octobre 2007, a maintenu ses conclusions.
23. Ces écritures ont été communiquées au recourant en date du 1^{er} novembre 2007. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (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 fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. 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). 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
4. Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant et par conséquent sur son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002).

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

L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

6. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. 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 œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

Selon 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).

Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

7. En l'espèce, le recourant présente plusieurs atteintes à la santé. Selon le Dr A_____, suite à l'accident, une impotence fonctionnelle de l'épaule droite s'est installée, avec de fortes douleurs, ainsi que des symptômes lombaires et un état de stress post-traumatique, entraînant une incapacité de travail totale depuis le 17 juillet 2003. L'état de santé du recourant s'est aggravé depuis octobre 2004, sur le plan psychique, ce qui a nécessité une prise en charge spécialisée, notamment sous forme d'une psychothérapie. Le médecin traitant décrit notamment une émotivité toujours importante, avec crises de larmes et d'angoisse, un état anxio-dépressif, des troubles mnésiques, un ralentissement psychomoteur, une tendance aux oublis et des signes d'encéphalopathie vasculaire.

Le Dr B_____ mentionne dans son rapport du 28 juillet 2004 qu'une paralysie faciale droite survenue en 1996 a causé des troubles anxieux majeurs, réactionnels, dont le patient a seulement partiellement récupéré. Le patient, qui n'a toujours pas fait le deuil de son visage, présente une irritabilité et une labilité émotionnelle. Ce médecin ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail, mais préconisait un suivi thérapeutique et médicamenteux pour l'état thymique. Un examen neuropsychologique effectué le 17 juin 2004 par Monsieur Q_____, psychologue FSP, a mis en évidence un discret ralentissement, une tendance aux persévérations et un déficit modéré. Le tableau était évocateur d'une discrète souffrance sous-cortico-frontale, dont l'origine restait à déterminer. Quant à la Dresse C_____, dans son rapport du 11 décembre 2006, elle a posé le diagnostic de dysthymie existant depuis plusieurs années, éventuellement réactionnels à la paralysie faciale de 1996, entraînant une incapacité de travail de 100 %. Puis, le 23 mars 2007, elle a indiqué que l'état de son patient s'était aggravé en été 2006 avec une récurrence des états dépressifs et une anxiété généralisée depuis le refus de prise en charge par l'AI. L'état de santé général évolue négativement et la dépression devient de plus en plus chronique.

Sur le plan somatique, le SMR considère qu'en raison des pathologies dont souffre le recourant, l'activité habituelle ne peut être exercée à plus de 75 %, alors que dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 100 %. Cette appréciation est contestée par le Dr F_____ qui relève lors de son examen une nette limitation en abduction, un conflit sous acromial ainsi que des signes d'inflammation des tendons de la coiffe des rotateurs. En outre, il mentionne une nouvelle affection, diagnostiquée en septembre 2006, la maladie de Forestier. Il estime que les médecins du SMR n'ont pas tenu compte de l'état de santé actuel du patient et ont sous-estimé les limitations. De son point de vue, l'activité habituelle de préparateur en voiture n'est plus possible, au regard des limitations fonctionnelles.

Enfin, du point de vue psychiatrique, les conclusions du SMR sont en contradiction avec celles émises par les Dr B_____, C_____ ainsi que par le psychologue.

Le Tribunal de céans constate qu'en l'occurrence, tant les diagnostics que les appréciations des médecins du SMR divergent des autres praticiens. L'intimé n'a par ailleurs pas investigué les problèmes neuropsychologiques que présentent le recourant, pas plus que l'aggravation de l'état de santé pourtant alléguée par le recourant et attesté par des médecins avant la décision. En l'état actuel du dossier, le Tribunal n'est pas à même de se forger une opinion.

Dans ces conditions, la cause sera renvoyée à l'intimé, afin qu'il mette en œuvre une expertise somatique et neuropsychologique, puis rende une nouvelle décision.

8. Le recours sera en conséquence partiellement admis. Le recourant, représenté par un avocat, a droit à une indemnité, fixée en l'espèce à 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.

Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, un émolument de 1'000 fr. est mis à la charge de l'intimé.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 15 mai 2007.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'OCAI à payer au recourant la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

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