

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3118/2006

ATAS/925/2007

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 30 août 2007

En la cause

Monsieur Z_____, domicilié , LES AVANCHETS,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Alain
DROZ

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente, Christine BULLIARD MANGILI et Olivier LEVY,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur Z_____, né le 1974, d'origine macédonienne, a travaillé dans son pays comme cordonnier. Arrivé en Suisse en octobre 1997, il a exercé la profession de monteur en échafaudages de 1998 à 2003.
2. Le 20 février 2003, il a déposé une demande de rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI). Il a invoqué un trouble psychologique et une incapacité totale de travailler du 29 septembre 2001 au 1er octobre 2002 puis à 50% à compter de cette date.
3. Du questionnaire rempli par le dernier employeur de l'assuré, X_____ SA, il ressort que ce dernier a travaillé comme manoeuvre en échafaudages à raison de 8 heures 30 par jour, cinq jours par semaine puis de 4 heures 25 par jour depuis le 1^{er} septembre 2002. En 2003, son salaire annuel s'est élevé à 55'250 fr. (pce 5 OCAI).
4. Le Dr. A_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin consultant de LA BALOISE, a fait parvenir à l'OCAI les rapports médicaux en sa possession :
 - Le Dr. B_____ a diagnostiqué le 15 janvier 2002 un état dépressivo-anxieux et a fait état d'une incapacité totale de travail à compter du 12 octobre 2001. Il a préconisé une consultation chez un spécialiste en psychiatrie.
 - Le Dr C_____, chef de clinique adjoint de la clinique de psychiatrie adulte a posé le 26 mars 2002 le diagnostic de troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F 43.21): Une seule consultation à la Consultation d'accueil et orientation a eu lieu le 2 avril 2002. Le médecin a indiqué que la maladie se manifestait par une thymie dépressive et a fait état d'une incapacité totale de travail à compter du 2 avril 2002. Le patient a ensuite été pris en charge par la consultation des "établissement hospitalier".
 - Dans un rapport daté du 23 septembre 2002, la Dresse. D_____, du département de psychiatrie des ("établissement hospitalier"), a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2). Elle a précisé que l'évolution était très lentement favorable avec de multiples fixations somatiques sans substrat organique objectivable (cervicalgies, vertiges, douleurs musculaires migrantes). Elle a posé un pronostic médical favorable avec un suivi durable et estimé que la capacité de travail devrait rapidement atteindre 100%. En cas de renforcement des plaintes somatiques avec répercussion sur la capacité de travail, une expertise serait alors indiquée (pce 4 OCAI).
 - D'un rapport établi le 19 décembre 2002 par le Dr. E_____, du département de psychiatrie des "établissement hospitalier", il ressort que le patient a été dans l'incapacité totale de travailler à dater du 29 septembre 2001 et

que sa capacité de travail a été augmentée à 50% le 1^{er} septembre 2002. Le médecin fait état d'une évolution très lente et progressivement favorable au niveau de la motivation et de l'humeur avec la persistance toutefois de somatisations et de troubles du sommeil. Le patient se plaint de céphalées, de cervicalgies, de vertiges et de troubles du sommeil. Le médecin préconise une thérapie de soutien et un traitement à base d'antidépresseurs. Selon lui, la capacité de travail pourrait augmenter ultérieurement, faute de quoi, une expertise pourrait être demandée (pce 4 OCAI).

5. La Dresse. F_____, spécialiste FMH en médecine interne, a adressé un rapport médical à l'OCAI en date du 20 mars 2003 (pce 8 OCAI).

Elle a confirmé la présence d'un état dépressif important apparu en septembre 2001 et expliqué que le patient était suivi à la consultation ambulatoire de psychiatrie adulte et traité avec des antidépresseurs et neuroleptiques associés à une psychothérapie.

Le médecin a par ailleurs confirmé que l'état du patient s'était dans un premier temps amélioré, mais que la persistance des troubles de sommeil, des vertiges, d'une augmentation de l'irritabilité, d'une asthénie chronique, d'une diminution de l'élan vital avait pour conséquence qu'il ne pouvait travailler qu'à 50%.

Selon le patient, son état dépressif est en partie dû à sa situation sociale et familiale dans la mesure où il a dû divorcer, n'est pas sûr de pouvoir récupérer son permis de séjour et ne peut envisager de retourner en Macédoine où il se sent menacé et où il n'a pas d'avenir socioprofessionnel. Il exprime des idées suicidaires, sans projet clair de passage à l'acte. Il présente une insomnie quasi quotidienne, initiale et tardive, se plaint de manifestations somatiques (palpitations, céphalées, bruxisme, discrète épigastralgie, importante fatigabilité et perte d'énergie), souffre d'une perte quasi complète de la libido. En revanche, il ne présente pas d'éléments de la lignée psychotique.

Le médecin a conclu à un état dépressif sévère associé à une anxiété majeure, traité par antidépresseurs et neuroleptiques associés à une psychothérapie. Le médecin a ajouté que l'évolution clinique dépendrait en partie de l'issue du problème familial et par conséquent social. Selon la Dresse F_____, l'activité exercée jusqu'alors est encore exigible à 50% et l'on ne peut exiger de l'assuré une autre activité en raison de son problème psychiatrique.

6. Le Dr E_____ a également établi un rapport médical adressé à l'OCAI le 14 avril 2003 (pce 7 OCAI).

Le médecin confirme le diagnostic d'épisode dépressif sévère apparu en décembre 2001. Il a ajouté que ce dernier s'accompagnait désormais de symptômes

psychotiques (F 32.3). Selon le médecin, la capacité de travail pourrait être améliorée par des mesures médicales.

Il explique que le patient a épousé à l'âge de vingt-trois ans une femme résidant en Suisse, rencontrée en Macédoine où elle passait ses vacances, que le couple s'est séparé moins d'une année après le mariage, que le divorce a été demandé en novembre 2001 et qu'après la séparation, le patient s'est progressivement isolé socialement. Il est menacé d'expulsion de Suisse, risque d'aller en prison dans son pays d'origine et rencontre des difficultés financières.

L'assuré se plaint de céphalées, de nuchalgies, de vertiges, d'anxiété, de tristesse, de perte d'espoir, de cauchemars, de troubles du sommeil. Il dit également entendre une voix de femme.

Le médecin a objectivement constaté une thymie triste, une mimique peu mobile, une agitation anxieuse, un manque de motivation, une insomnie, des cauchemars récurrents, des idéations suicidaires, des hallucinations auditives et des préoccupations somatiques. Il a préconisé une thérapie de soutien et un traitement antidépresseur et réservé son pronostic.

Dans le questionnaire complémentaire concernant les troubles psychiques, le médecin a indiqué que des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale influençaient légèrement l'affection actuelle (problèmes liés à la migration). Selon lui, les troubles psychiques de l'assuré sont réactionnels à des événements de vie adverse (instance de divorce, menace d'expulsion et difficultés financières). Ces événements influencent grandement l'affection. En revanche, l'incapacité de travail est due uniquement à des affections mentales et n'est donc pas inhérente à des raisons socio-économiques ou conjoncturelles.

7. Dans un rapport daté du 9 décembre 2003, la Dresse F_____ a indiqué que l'état de santé de son patient était stationnaire depuis le début de l'année 2003.
8. Le 5 février 2004, le Dr. G_____, chef de clinique adjoint de la Consultation de la Servette, l'a confirmé. Il a cependant indiqué qu'un changement était intervenu dans le diagnostic puisque ce dernier, depuis le 1^{er} février 2004 environ, consistait en un épisode dépressif moyen. Malgré une lente amélioration de l'humeur, le pronostic demeurait cependant réservé malgré le soutien psychothérapeutique et le traitement médicamenteux. Le Dr G_____ a émis l'avis qu'un changement d'activité professionnelle pourrait être d'actualité après quelques mois. Il a également indiqué qu'un bilan somatique était en cours (pce 16 OCAI).
9. Dans un rapport daté du 28 septembre 2004, la Dresse F_____ a indiqué que le statut était semblable à ce qu'il était auparavant. Elle a fait état d'une importante somatisation et posé un pronostic sombre. Elle a ajouté que la compliance est optimale, qu'il y avait concordance entre les plaintes et l'examen clinique constatée

et que la reprise du travail à 100% semblait exclue, quel que soit le domaine envisagé. Elle a préconisé que le patient poursuive une activité à 50% et suive une réorientation professionnelle dans l'idée de maintenir cette capacité de travail car l'assuré se trouvait désormais au chômage (pce 23 OCAI).

10. L'assuré a effectué un stage à mi-temps, du 29 novembre au 24 décembre 2004, dans l'atelier de réadaptation préprofessionnel des "établissement hospitalier".

Dans un rapport adressé à l'Office cantonal de l'emploi le 21 février 2005, le Dr. H_____ et Monsieur. V_____ (technicien responsable) ont expliqué que l'assuré s'était contenté de travaux simples, répétitifs et physiquement peu contraignants car son rythme global de travail restait extrêmement lent, malgré son évidente bonne volonté.

Le rendement observable, de l'ordre de 20 à 25 % sur un mi-temps, restait bien inférieur à tout exigence professionnelle. En outre, le niveau de scolarisation ainsi que la maîtrise du français parlé rendait toute possibilité de reclassement illusoire.

Les responsables de l'atelier ont conclu qu'il était difficile de faire une réelle évaluation des capacités physiques permettant d'assumer un quelconque poste de travail chez un individu en proie à des difficultés psychologiques importantes et sous prise de médicaments ayant aussi une influence sur son état physique. Ils ont considéré qu'au-delà de l'aspect social, un reconditionnement professionnel n'était pas possible hors d'une structure de soins adaptée, mais que l'état psychologique de l'assuré était susceptible de se modifier à l'avenir et qu'une réévaluation devrait alors être discutée à ce moment-là (pce 35 OCAI).

11. Le 10 janvier 2005, la Dresse. I_____, cheffe de clinique de la Consultation de la Servette, a indiqué que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire. Elle a conclu à un syndrome douloureux et indiqué que, sous traitement antidépresseur, l'état du patient s'était amélioré mais restait fragile. Selon elle, une activité à 50% au moins serait possible (pce 27 OCAI).
12. Dans un avis daté du 10 février 2005, le Dr. J_____, du service médical régional AI (SMR), a relevé que l'arrêt de travail de l'assuré avait au début été motivé par des vertiges sur état dépressivo-anxieux réactionnels puis par un état dépressivo-anxieux et que, depuis février 2004, il semblait que c'était le syndrome douloureux qui influençait la capacité de travail, les plaintes psychiques étant reléguées au deuxième plan. Le médecin a dès lors préconisé qu'il soit procédé à une expertise psychiatrique (pce 30 OCAI).
13. Suivant l'avis du SMR, l'OCAI a confié un mandat d'expertise au Dr. K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu son rapport le 7 juin 2005 (pce 39 OCAI).

Se basant sur la lecture du dossier de l'expertisé, sur un entretien psychologique, sur un examen psychiatrique et sur l'analyse de la médication, le médecin a posé les diagnostics suivants : schizophrénie type paranoïde continue, trouble dépressif majeur, épisode isolé en rémission partielle d'intensité moyenne, trouble de conversion avec une présentation mixte, dépendance alcoolique en rémission prolongée complète, personnalité borderline, traits paranoïaques.

Le médecin a estimé que les limitations fonctionnelles étaient nombreuses et découlaient d'une part du tableau dépressif avec sentiment de tristesse, de dévalorisation, fatigue, troubles cognitifs, agitation psychomotrice, irritabilité et nervosité, d'autre part du tableau anxieux avec de nombreuses manifestations neurovégétatives ainsi que de nombreux symptômes psychotiques (hallucinations auditives, cénesthopathies, idéations persécutoires et touches interprétatives). Le médecin a également relevé un risque de rechute alcoolique ainsi que de légers symptômes obsessionnels et compulsifs.

Selon lui, la décompensation psychotique et clinique remonte à 2001. Le licenciement de l'assuré, en mai 2004, a réactivé son vécu abandonnique.

A l'époque de l'expertise, le patient présentait un trouble psychotique avéré avec de nombreux symptômes anxio-thymiques et conversifs ainsi qu'une désafférenciation socio-professionnelle importante. Le pronostic quant au regain d'une capacité de travail dans l'économie à court et moyen terme est compromis.

Le médecin a relevé, au titre d'éléments péjorant le pronostic : la situation de couple difficile avec l'opposition de la belle-famille, la naissance d'une fille, la distance avec la famille restée en Macédoine, le conflit avec la fratrie, le faible réseau social, la chronicité du tableau, l'anosognosie, le faible rendement observé au stage professionnel aux "établissement hospitalier" et l'état de santé du père de l'assuré.

Des éléments pronostiques positifs existent cependant : la prise en charge psychiatrique, la volonté de se retrouver une occupation et la recherche d'un emploi maintenue par le biais du chômage.

Le médecin a évalué les incapacités de travail contenues au dossier, à savoir une incapacité totale du 1^{er} octobre 2001 au 31 août 2002 puis à 50% du 1^{er} septembre 2002 au mois de mai 2004, date du licenciement de l'assuré, qui présente depuis lors une pathologie psychiatrique invalidante conduisant à une totale incapacité de travail. Selon le médecin, le fait que l'assuré se soit inscrit au chômage ne signifie par pour autant qu'il puisse travailler compte tenu de l'ampleur de sa pathologie. Il estime que la capacité de travail de l'assuré ne dépasse pas celle qu'ont constatée les responsables de l'atelier des "établissement hospitalier", c'est-à-dire 20 à 25% d'un mi-temps. Des mesures professionnelles de type placement en atelier protégé seraient indiquées et auraient aussi une valeur thérapeutique. Dans ce cas une capacité de travail de 50% avec un rendement de 60% est probable.

14. Estimant que le rapport d'expertise du Dr K_____ était complexe, qu'il posait des diagnostics contradictoires et qu'il s'écartait des conclusions des psychiatres de la Consultation qui suivent l'assuré depuis 2002, le SMR a jugé nécessaire de procéder à une nouvelle expertise, qu'il a confiée au Dr. L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Celui-ci a rendu son rapport en date du 30 novembre 2005 (pce 54 OCAI).

L'expert a pris connaissance du dossier médico-administratif, du rapport d'expertise établi par le Dr K_____ et du dossier médical de la Consultation où l'assuré est pris en charge depuis le mois d'avril 2002; il a pris contact avec les Drs I_____, B_____ et F_____; il a ensuite examiné le patient à deux reprises.

Les plaintes de l'assuré concernent des vertiges plus ou moins rares et essentiellement des céphalées et des cervicalgies fréquentes, souvent intenses. L'assuré est anxieux et inquiet pour son état de santé et son avenir, se dit triste et insomniaque, désorganisé, constamment fatigué et dit entendre une voix de femme bien que de manière moins fréquente. Il ne s'intéresse à rien, ne fait pas de sport, ne pratique pas d'activité physique, est plus ou moins isolé, voit la mère de son enfant et ce dernier d'une manière espacée, il a peu d'amis.

Le médecin a conclu que la mémoire, l'orientation, la tension, le langage et le discours étaient dans la norme, qu'il existait cependant un déficit de l'abstraction, de la pensée conceptuelle et de l'accession au stade des opérations formelles.

Le Dr L_____ a ensuite examiné les différents diagnostics posés dans les rapports médicaux et les a discutés :

- S'agissant des troubles de l'humeur dépressifs, il a estimé que les plaintes de l'assuré (vertiges, céphalées, douleurs musculaires migrantes, tristesse, thymie dépressive, troubles du sommeil, fatigue, manque d'énergie, perte d'espoir, idées suicidaires), qui paraissent changeantes, instables, douteuses et inauthentiques selon les avis des Drs I_____, F_____ et qui sont associées à une mauvaise compliance thérapeutique (taux de Deroxat insuffisant dans le sang), ne peuvent remplir les exigences catégoriques nécessaires à la proposition diagnostique d'un état dépressif constitutif d'un trouble de l'humeur en général et d'un trouble dépressif majeur ou récurrent. En conséquence, le médecin a exclu l'existence d'un tel trouble.
- S'agissant d'un trouble de l'adaptation, le médecin a fait remarquer que les mêmes plaintes, toujours à caractère douteux et inauthentique, perduraient depuis quatre ans alors que selon le DSM-IV et la CIM-10, la durée du trouble n'excède pas habituellement six mois et, dans le cas d'une réaction dépressive prolongée, deux ans. Il a donc également exclu la présence d'un trouble de l'adaptation.

- S'agissant de la schizophrénie en général, le Dr L_____ a estimé que le patient - qui dit avoir entendu une voix de femme sans aucun caractère esthétique ou sensoriel - ne souffre ni de schizophrénie en général ni de schizophrénie paranoïde en particulier. Le Dr L_____ a fait remarquer que le trouble de conversion, le trouble de personnalité borderline et les traits paranoïaques ne pouvaient être retenus si l'on posait le diagnostic de schizophrénie et que c'était donc de manière erronée qu'ils avaient été mentionnés dans le rapport d'expertise du Dr K_____. Cependant, dans la mesure où lui-même avait exclu le diagnostic de schizophrénie, il s'est proposé d'examiner ces éventuels diagnostics.
- S'agissant de trouble somatoforme de conversion, il l'a exclu au motif que l'assuré ne présentait ni trouble de la motricité volontaire ni trouble des fonctions sensitives et sensorielles ni trouble de la personnalité histrionique. Les quelques mouvements du haut du corps, bras et avant-bras n'ont rien de pseudo-neurologiques ou pathomimiques et ne relèvent pas d'une pathologie de conversion.
- Quant au trouble de personnalité borderline, il l'a également exclu au motif qu'aucun des critères diagnostiques n'était rempli.
- Enfin, il a estimé que les traits paranoïaques n'étaient pas non plus avérés.

En conclusion, le Dr L_____ a jugé que l'assuré ne présentait aucun trouble mental et qu'il n'y avait de critère diagnostique probant ni pour un trouble de l'humeur dépressif ou un trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et humeur dépressive, ni pour une schizophrénie en général et une schizophrénie paranoïde en particulier, ni pour un trouble somatoforme en général et de conversion en particulier, ni même pour un trouble de la personnalité en général et un trouble de personnalité borderline en particulier. En conséquence, il a conclu qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail pour des raisons psychiatriques.

15. Par décision du 17 février 2006, l'OCAI a refusé toute prestation à l'assuré au motif que selon l'expertise du Dr L_____, il n'existe aucun diagnostic psychiatrique invalidant.
16. Par courrier du 23 mars 2006, l'assuré a formé opposition à cette décision. Il a constaté que les deux expertises aboutissaient à des conclusions diamétralement opposées et a fait remarquer que, dans sa décision, l'OCAI n'avait donné aucun argument spécifique l'autorisant à s'écarter davantage de l'une plutôt que de l'autre de ces expertises, se contentant de qualifier la première de "peu probante" et la seconde de "convaincante". Il a conclu à l'annulation de la décision, estimant que cette dernière était manifestement entachée d'arbitraire.
17. Par décision sur opposition du 27 juin 2006, l'OCAI a confirmé son refus de prestations. Il a expliqué qu'il avait jugé utile de procéder à une seconde expertise

dans la mesure où la première, réalisée par le Dr K_____, aboutissait à des conclusions très éloignées de celles des psychiatres qui avaient suivi l'assuré depuis 2002 et posait des diagnostics contradictoires. Selon l'OCAI, l'expertise réalisée par le Dr L_____ remplit en revanche toutes les conditions pour se voir accorder une pleine valeur probante dans la mesure où ses conclusions procèdent d'un examen minutieux, sont dûment motivées, claires et exemptes de contradictions. L'OCAI a fait remarquer que l'expert avait notamment écarté de manière exhaustive les différents diagnostics qui entraient en ligne de compte. Enfin l'OCAI a rappelé la jurisprudence selon laquelle les actes médicaux ne doivent pas être complétés au seul motif qu'un examen supplémentaire pourrait éventuellement aboutir à une appréciation différente.

18. Par courrier du 29 août 2006, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il conclut à ce que soit ordonnée une nouvelle expertise psychiatrique et à ce qu'une rente entière lui soit accordée. Il fait remarquer que le refus de toute prestation repose exclusivement sur le rapport d'expertise du Dr L_____, que les conclusions de ce dernier sont notablement éloignées des divers avis médicaux exprimés dans le dossier tout comme des constatations qui ont été faites par le service de rééducation des "établissement hospitalier" et par l'Office régional de placement.
19. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 12 septembre 2006, a conclu au rejet du recours.
20. Par courrier du 16 octobre 2006, le conseil du recourant a sollicité un délai afin de pouvoir produire différents certificats médicaux récents.
21. Par courrier du 31 octobre 2006, le recourant a souligné que le Dr K_____, tout comme le Dr L_____, avait fondé son rapport d'expertise sur la lecture du dossier dans son intégralité, que le rapport d'expertise du Dr K_____ était plus détaillé et, par voie de conséquence, plus approfondi, que l'argument du Dr L_____ selon lequel la compliance du patient serait réduite était contredit par le certificat médical établi le 25 octobre 2006 par la Dresse. M_____, désormais en charge de l'assuré à la Consultation du département de psychiatrie. Il a une nouvelle fois insisté pour qu'une nouvelle expertise soit ordonnée, alléguant qu'aucun critère objectif ne justifie d'accorder davantage de crédit à l'expertise du Dr L_____ plutôt qu'à celle du Dr K_____. A l'appui de ses dires, le recourant a produit un certificat médical daté du 25 octobre 2006 et établi par la Dresse S. M_____, spécialiste en médecine interne au département de psychiatrie des "établissement hospitalier", qui indique brièvement que l'assuré est suivi à raison d'une fois toutes les trois semaines et qu'il se montre compliant.
22. Par courrier du 16 novembre 2006, l'OCAI a maintenu sa position.

23. Par courrier du 5 mars 2007, l'assuré a encore produit un certificat médical établi le 26 février 2007 par le Dr N_____ dont il ressort que l'assuré présente un état dépressif et anxieux chronique récurrent avec des épisodes de somatisation, que s'y ajoutent des lombalgies chroniques dans le contexte d'un syndrome de Bastrup et d'une petite discopathie L5-S1, des gonalgies droites mal systématisées traitées par physiothérapie et antidouleurs et un épisode de surdité brusque à gauche. Le médecin estime que principalement en raison de la problématique psychiatrique il importe que l'assuré puisse bénéficier d'une part du maintien du traitement psychothérapeutique et médicamenteux et d'autre part du maintien du regroupement familial faut de quoi elle ne peut préjuger de l'évolution psychiatrique qui sera probablement rapidement défavorable.
24. Lors d'une première audience d'enquêtes, le 26 avril 2007, ont été entendus les Drs N_____, I_____ et L_____.
25. La Dresse N_____, généraliste et médecin traitant de l'assuré depuis la fin de l'année 2003, a confirmé avoir posé le diagnostic d'état dépressif à partir de septembre 2001. Selon elle, l'état du patient fluctue dans le temps, mais son état dépressif demeure à tout le moins modéré et à certaines périodes, l'assuré est très anxieux et déprimé. Cela dépend des stress sociaux et familiaux qu'il subit.

La Dresse N_____ a reconnu avoir conclu, en 2003, à une capacité de travail de 50%, mais a expliqué que, d'après ce qu'elle a pu observer depuis, elle conclut aujourd'hui à une incapacité totale de son patient. Elle estime que ce dernier n'est pas à même d'assumer une activité professionnelle, pas même   25%. Cela a d'ailleurs déjà été tenté, sans succès.

Selon la Dresse N_____, l'assuré est un patient régulier, demandeur de soins et se soumettant aux propositions thérapeutiques somatiques qui lui sont faites.

Elle a précisé qu'au point de vue somatique, il se plaint de douleurs différemment localisées pour lesquelles un substrat anatomique n'a pas être localisé.

 galement entendu lors de cette audience, le Dr L_____ a indiqué que l'expertise pratiqu e par le Dr K_____ l'avait étonné. A cet égard, le Dr L_____ a expliqué que le Dr K_____ était passé du registre de la dépression à celui de la psychose en évoquant la schizophrénie, alors qu'il est évident pour le Dr L_____ que le patient n'est pas atteint d'un tel trouble. Le Dr L_____ a également fait le reproche au Dr K_____ d'avoir évoqué, outre la schizophrénie, une dépression, des troubles réactionnels, un trouble de la personnalité borderline et des traits parano iaques, alors que ce sont là des atteintes qui font partie intégrante du diagnostic de schizophrénie et qui ne peuvent donc s'y ajouter.

S'agissant de la dépression, le Dr L_____ a allégué qu'il ne l'avait pas retenue à titre de diagnostic parce que les médecins traitants de l'assuré n'avaient pas fixé de cadre. Selon lui, il n'y a ni trouble dépressif récurrent ni épisode dépressif ni même dysthymie selon les critères diagnostics usuels.

S'agissant des traits psychotiques évoqués par le Dr I_____, le Dr L_____ a jugé qu'ils ne correspondaient pas à un diagnostic, expliquant que les troubles psychotiques comprennent, outre la schizophrénie, le délire paranoïaque, le trouble délirant de jalousie. Aucun ne concerne Monsieur Z_____ à son avis.

Quant au trouble somatoforme de conversion, le Dr L_____ A expliqué qu'il recouvre en réalité l'hystérie et la dissociation et répond à des critères physiques et psychologiques précis qui ne sont pas remplis dans le cas de l'assuré.

Le Dr L_____ a indiqué à la fin de son rapport qu'à son avis, "les signes et manifestations produits par Monsieur Z_____ font partie de son enkystement régressif dans un processus pseudo-pathomimique". Il a expliqué qu'il entendait par là que l'assuré produit volontairement des symptômes pour en tirer bénéfice, imitant grossièrement un certain nombre de troubles. Le témoin a ajouté qu'il ne doutait pas que les différents événements vécus ont pu entraîner un effondrement psychologique, mais cela ne veut pas encore dire qu'il y a maladie au sens des critères diagnostics.

Le Dr L_____ a conclu que, même si l'assuré ne souffrait pas d'une maladie à proprement parler, il faudrait lui fournir du soutien dans son effondrement, une explication de son état et l'aider à retrouver un peu de sécurité et à dépasser son problème. Selon lui, cela nécessiterait un soutien plus social que médical, pour remplacer l'entourage qu'il n'a pas. Une psychothérapie n'est pas nécessaire à son avis.

26. La Dresse I_____ - a expliqué avoir suivi l'assuré d'octobre 2004 à septembre 2005 environ, mais que les rapports de ses collègues précédents lui ont permis de prendre connaissance de l'évolution de la situation du patient depuis 2002.

Selon elle, la situation du patient est délicate en ce sens qu'il a toujours été difficile de poser un diagnostic : il y avait des symptômes relevant des troubles psychotiques, de troubles dépressifs et de troubles somatoformes, mais aucun trouble ne remplissait tous les critères de diagnostic. Chaque fois que le patient consultait, il avait des plaintes, que l'on peut qualifier de changeantes et d'instables, raison pour laquelle elle a qualifié la situation d'atypique.

La Dresse I_____ - a ajouté que le patient se montrait très régulier à ses rendez-vous. Quant à ses prises de médicaments, les médecins nourrissaient certains doutes, mais il était délicat de vérifier. Chaque fois qu'il a été procédé à des

contrôles, le patient s'est révélé "sous-dosé", mais cela pourrait s'expliquer par une métabolisation rapide.

A posteriori, en considérant l'évolution chronique, la Dresse I_____ - a rejoint l'avis du Dr L_____ et exclu un trouble de l'adaptation, ainsi qu'un trouble dépressif chronique. Selon elle, il s'agirait plutôt d'épisodes dépressifs liés aux évènements.

En revanche, se posant la question du diagnostic et compte tenu de la désorganisation et de la négligence, la Dresse I_____ -MAJKIC a estimé que la seule explication qui lui venait à l'esprit était celle de troubles psychotiques.

Interrogée sur l'aspect ethnique évoqué par le Dr L_____ dans son rapport, la Dresse I_____ - a reconnu que, s'agissant des personnes venant du Kosovo ou d'Albanie, les médecins avaient constaté que la symptomatologie s'exprimait assez souvent de manière quelque peu atypique.

Elle a expliqué que le trouble psychotique se manifeste par un manque de motivation, d'élan vital, une fatigue, qui peuvent avoir une répercussion sur la capacité de travail, qu'elle s'est déclarée incapable d'évaluer dans le cas de l'assuré. Elle a toutefois précisé qu'il est alors très important de conserver une certaine activité à titre thérapeutique faute de quoi le trouble se chronicise et entraîne une perte des facultés.

27. Une seconde audience d'enquêtes a eu lieu le 11 mai 2007, au cours de laquelle ont été entendus les Drs M_____ et K_____.
28. La Dresse M_____ a expliqué qu'elle suivait le patient depuis le mois d'octobre 2005.

Deux diagnostics ont été posés : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et somatisation.

Interrogée sur le diagnostic de schizophrénie de type paranoïde, la Dresse M_____ a indiqué qu'elle n'adhérait pas à l'opinion du Dr K_____. Elle a indiqué que, depuis deux ans qu'elle suit le patient, elle n'a pas constaté de schizophrénie, même s'il arrive à l'assuré de présenter parfois des symptômes psychotiques. Ces derniers sont congruents à l'humeur, c'est-à-dire liés aux épisodes dépressifs sévères.

La Dresse M_____ a reconnu avoir d'abord pensé que son patient serait capable de travailler à 50%. Il s'est cependant révélé, après deux essais, que ce pourcentage était trop élevé et ce, pour les raisons suivantes :

- Après deux à trois observations au service de rééducation de l'hôpital de Beau-Séjour, les responsables ont conclu à 25% de rendement au maximum. C'était au mois de mai 2005.

- Une autre tentative, début 2006, avec IPT, s'est également soldée par un échec : Monsieur P_____, le responsable, après deux entretiens avec le patient, n'a même pas accepté d'entrer en matière.

Selon la Dresse M_____, il y a un très léger mieux depuis quelques mois, depuis que l'assuré vit avec sa compagne, mère de son enfant, laquelle le soutient beaucoup.

La Dresse M_____ a souligné que la compliance du patient est très douteuse, ce qui est souvent le cas, mais qu'il se montre en revanche très régulier à la consultation. Par ailleurs des entretiens de couple ont été mis sur pied.

Actuellement l'assuré est sous anti-dépresseurs. Des neuroleptiques lui sont également prescrits à très faible dose, plutôt dans un but sédatif. Les doses d'anti-dépresseurs ont été amenées à leur maximum, mais ont dû être réduites compte tenu des effets secondaires, notamment au niveau de la libido. Ces effets secondaires peuvent également expliquer en partie la mauvaise compliance du patient.

La Dresse M_____ a indiqué qu'il lui était difficile de faire un pronostic sur le long terme, expliquant que les diagnostics posés ne sont pas parmi les plus difficiles à traiter, mais que, dans le cas du patient, le contexte et sa situation sociale contribuent beaucoup - consciemment ou non - au maintien de son état.

29. Le Dr K_____ a pour sa part expliqué que le diagnostic de schizophrénie repose sur l'existence de troubles psychotiques, "productifs" (délires ou hallucinations) d'une part, "déficitaires" (perturbation de l'interaction sociale ou émoussement du point de vue affectif par exemple) d'autre part, et que ces troubles doivent être présents depuis deux ans.

Selon le Dr K_____, ce sont les troubles hallucinatoires et délirants qui sont particulièrement frappants chez l'assuré. Il a fait remarquer que, selon le dossier médical, un épisode dépressif sévère avec hallucinations acoustiques et senestopathie a été observé au mois de juillet 2003. Le médecin s'est dès lors posé la question de savoir si l'on était en présence d'un trouble de nature transitoire et réactionnelle ou persistant et permanent. Il a souligné qu'il s'agissait d'un travail complexe dans la mesure où il ne disposait pour ce faire que d'un examen de 2 à 3 heures et du dossier médical du patient, qui dans le cas présent, se révèle très contradictoire. En effet, le tableau médical posé est atypique.

Le médecin a cependant constaté qu'en 2001-2002, les médecins avaient d'abord évoqué un trouble réactionnel, puis un trouble réactionnel persistant, puis, en juillet

2003, une psychose et un état dépressif majeur. Ont alors été mentionnées les hallucinations et idées délirantes.

Le Dr K_____ s'est dès lors étonné qu'en 2005, tous ces symptômes aient été oubliés et que les médecins n'aient alors plus reconnu qu'un trouble somatique douloureux. Il a rappelé qu'il y a eu hallucinations et idées délirantes et que ces troubles ont résisté à la prescription de deux neuroleptiques successifs.

Par ailleurs, en considérant l'anamnèse du patient, le Dr K_____ a constaté que son passé psychiatrique n'était "pas si neutre que cela". Il a relevé les faits suivants :

- Son mariage a échoué très vite en raison des soupçons d'infidélité nourris par l'assuré envers sa femme.
- Il est totalement coupé de sa famille au pays.
- De même, il n'entretient aucun rapport avec son frère et sa sœur qui se trouvent pourtant à Genève.
- Lorsqu'il a tenté de reprendre le travail, est très vite survenue une altercation avec ses collègues. La paranoïa a alors été évoquée.

Selon le Dr K_____, tout ceci démontre que les troubles sont déjà présents depuis longtemps. Au moment de l'expertise, en 2005, ils étaient toujours d'actualité : l'assuré n'avait toujours pas de relations familiales, estimait que sa belle-famille était "contre lui" et n'avait aucun ami.

C'est l'ensemble de ces éléments qui a conduit le Dr K_____ à poser le diagnostic de troubles psychotiques invalidants. Par ailleurs, s'agissant de la capacité de travail de l'assuré, il l'a jugée nulle, précisant qu'à son avis, le patient n'a pas conscience de la gravité de ses troubles.

Répondant à la critique du Dr L_____, le Dr K_____ a expliqué que, selon lui, les diagnostics de schizophrénie et de traits paranoïaques peuvent être posés en même temps. Ces sont les personnalités paranoïaques qui sont plus susceptibles de verser dans la schizophrénie. En l'occurrence, lorsqu'il a vu le patient, il était déjà sous traitement neuroleptique, de sorte qu'il ne peut dire exactement quel était son état "normal", c'est-à-dire à la base. La décompensation était déjà présente, ce qui aurait perturbé tout test de personnalité.

Le Dr K_____ a exprimé l'intime conviction que si l'assuré parvenait à travailler en atelier protégé et à supporter les autres, ce serait déjà un exploit. Il a rappelé que le patient a déjà effectué un stage dans le service de réadaptation des "établissements hospitaliers" et que les responsables ont conclu que toute réhabilitation serait vouée à l'échec. L'assuré s'est montré extrêmement lent, malgré sa motivation; il n'arrivait pas même à suivre dans des travaux manuels légers. On a finalement retenu un rendement maximum de 25%, raison pour laquelle le Dr K_____ a conclu à une incapacité de travail sur le marché de l'emploi. Selon

lui, si l'assuré peut exercer une certaine activité, ce sera au maximum d'ordre thérapeutique et certainement plus proche même de l'ergothérapie que de l'atelier protégé.

Le Dr K_____ a exclu toute simulation. Il a fait remarquer que l'assuré n'a aucune tendance revendicatrice; au contraire, il se montre passif dans sa démarche. En revanche, il a toujours fait montre de motivation pour se réinsérer : ainsi, le stage aux "établissement hospitalier" a été prolongé parce qu'il s'améliorait au fur et à mesure et reprenait confiance en lui (avec les conclusions que l'on sait); il a également fait la démarche de s'inscrire au chômage et lorsqu'il n'a plus exercé son métier précédent, il a souhaité se recycler. Son histoire de vie est cohérente et linaire et si l'on observe le tableau dans sa globalité, le Dr K_____ estime qu'il est authentique.

Le Dr K_____ a reconnu que les personnes atteintes de troubles psychotiques développent généralement un mécanisme de défense, mais ne trouve pas surprenant que l'assuré se soit plié aussi facilement et régulièrement au traitement, expliquant que s'il arrive à relater son histoire de vie et à s'ouvrir, il reste cependant sur ses gardes. Ainsi, durant toute la durée de l'entretien, il a conservé son blouson.

Le Dr K_____ a fait observer que les troubles sont présents depuis six ans - et certainement plus - et qu'ils ont persisté malgré les traitements variés, la consultation de plusieurs thérapeutes et des essais de réinsertion. Il a souligné que le patient évolue dans un climat de solitude, de menace, de culpabilité et d'incapacité. Selon le Dr K_____, l'assuré se trouve donc dans un état de "survie passive", sans plaisir, et il sera très difficile de le réhabiliter.

Selon lui, le fait que le patient court le risque de se voir expulser ne joue pas de rôle significatif. Le Dr K_____ a fait remarquer qu'arrivé en 1997, l'assuré s'est relativement bien intégré, a trouvé du travail et appris le français. Sa problématique relève plutôt du contexte affectif, lequel est perturbé précisément en raison de sa personnalité. Dans la mesure où il évolue en milieu hostile et dispose de peu de ressources aux niveaux affectif et social, il ne paraît pas étonnant qu'il s'appuie et trouve un certain réconfort auprès du corps médical. L'assuré arrive dans une certaine mesure à assumer son quotidien mais, de là à pouvoir être réhabilité professionnellement, "il y a un fossé".

Enfin, le Dr K_____ a écarté la théorie de l'effondrement affectif avancée par le Dr L_____. Il a expliqué qu'un tel effondrement serait réactionnel et transitoire mais que la personne, après six mois au maximum, doit pouvoir rebondir. Il ne s'agit pas non plus d'un trouble de l'adaptation, car l'état du patient, au lieu de s'améliorer, persiste et ce, malgré tout ce qui a été mis en œuvre. On le trouve très déprimé, presque hors normalité et sans ressources, raisons qui font conclure le Dr K_____ à un trouble psychotique invalidant.

30. Dans ses conclusions après enquêtes du 8 juin 2007, l'assuré a persisté dans ses conclusions. Il a relevé que, malgré la difficulté évoquée par plusieurs témoins de poser un diagnostic précis et de qualifier les troubles psychiques et physiques dont il souffre, tous avaient reconnu que sa symptomatologie, tant au plan somatique qu'au plan psychique, entraînait une incapacité à exercer la moindre activité professionnelle, ce qui a été d'ailleurs été confirmé par les stages d'observations qu'il a effectués.
31. Quant à l'intimé, dans ses écritures du 14 juin 2007, il a conclu au rejet du recours. Selon lui, le Dr L_____ a expliqué de manière exhaustive et convaincante les raisons pour lesquelles aucun diagnostic psychiatrique ne peut être retenu. Il tire la conclusion des autres témoignages recueillis que ce sont des motifs autres que médicaux qui ont entraîné chez l'assuré une incapacité de travail, plusieurs intervenants ayant reconnu que, dans le cas de l'assuré, le contexte et la situation sociale avaient contribué largement au maintien de son état. L'intimé a rappelé la jurisprudence s'agissant des facteurs psychosociaux ou socioculturels. Selon lui, en l'absence d'une dépression durable au sens médical ou d'un état psychique assimilable, il apparaît manifeste que, dans le cas présent, des facteurs étrangers à l'invalidité conditionnent de manière prépondérante l'incapacité de travail.
32. Après communication de ces écritures aux parties, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (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) 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. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période

jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision sur opposition litigieuse, du 27 juin 2006, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

En ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

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. a) 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 l'assurée 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 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). 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). 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).

Il convient encore de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage. Il s'agit là d'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 arrêts cités). Le juge ne peut dès lors 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).

b) 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 malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. 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).

c) 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).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

d) 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

6. Dans sa décision sur opposition, l'intimé a retenu que les atteintes à la santé dont souffre le recourant ne revêtent aucun caractère invalidant et lui permettent donc de continuer à exercer son activité précédente à plein temps. Dans ses écritures après enquêtes du 14 juin 2007, l'intéressé, se référant à l'avis du Dr L_____, a estimé que c'était manifestement des motifs autres que médicaux qui avaient entraîné chez l'assuré une incapacité de travail puisque, dans son cas, le contexte et la situation sociale avaient contribué largement au maintien de son état. Considérant qu'il n'y avait ni dépression durable au sens médical ni état psychique assimilable, l'intimé en tire la conclusion que ce sont des facteurs étrangers à l'invalidité qui ont conditionné de manière prépondérante l'incapacité de travail de l'assuré.

Pour sa part, le recourant, invoquant non seulement l'expertise du Dr K_____ mais également l'avis des différents médecins psychiatres qui l'ont suivi, allègue que même s'il est difficile de qualifier les troubles psychiques et physiques dont il souffre, il n'en reste pas moins que, selon la majorité des médecins interrogés, la symptomatologie a pour conséquence qu'il est dans l'impossibilité d'exercer une

quelconque activité professionnelle, ce qui a par ailleurs été confirmé par les résultats des stages d'observation auxquels il s'est soumis.

7. En l'espèce, il est vrai que tous les médecins entendus dans le cadre des enquêtes menées par le Tribunal ont souligné la difficulté à poser un diagnostic précis. En effet, ainsi que l'a expliqué la Dresse I_____, la situation de l'assuré est atypique dans la mesure où il présente des symptômes qui relèvent à la fois des troubles psychotiques, des troubles dépressifs et des troubles somatoformes sans en remplir cependant tous les critères diagnostics. Cependant, ce médecin a également expliqué que, s'agissant des personnes venant du Kosovo ou d'Albanie, ses confrères et elle ont souvent constaté que la symptomatologie s'exprime de manière quelque peu atypique.

En définitive, avec le recul, la Dresse I_____ a exclu l'existence d'un trouble de l'adaptation et d'un trouble dépressif chronique, préférant poser les diagnostics de troubles psychotiques et d'épisodes dépressifs. S'agissant des troubles psychotiques, elle a expliqué qu'ils se manifestaient par un manque de motivation, d'élan vital, une fatigue, qui peuvent avoir une répercussion sur la capacité de travail.

L'avis de la Dresse I_____ a été corroboré par le Dr K_____ qui, entendu par le Tribunal de céans, a donné des explications convaincantes aux conclusions adoptées dans son rapport. C'est d'ailleurs le seul médecin qui se soit véritablement penché sur le dossier de l'assuré dans sa globalité et qui a pu examiner l'évolution de son état dans le temps. Il a ainsi relevé que des troubles hallucinatoires et délirants avaient été mentionnés dans le dossier médical de l'intéressé au mois de juillet 2003 et n'avaient ensuite plus été évoqués alors qu'ils ont persisté, ainsi qu'il a pu le constater lors de son expertise. Par ailleurs, le Dr K_____ a examiné l'anamnèse du patient et relevé des éléments troublants dans le passé de ce dernier. De ses observations, il ressort que l'assuré est depuis longtemps coupé de sa famille, qu'il n'entretient guère de relations sociales, et que ses relations avec ses proches ou collègues - lorsqu'elles existent - sont difficiles et conflictuelles. Le Dr K_____ a fait remarquer que ces différents éléments démontraient une tendance paranoïde.

Le Dr K_____ a reconnu, au même titre que la Dresse I_____, que le tableau médical posé était atypique. Il a néanmoins posé le diagnostic de trouble psychotique invalidant. Ce diagnostic rejoint les constatations des Dresses M_____ et I_____. Dès lors, l'affirmation du Dr L_____ selon laquelle le recourant n'est atteint d'aucun trouble psychique invalidant paraît à tout le moins discutable.

Les explications données à cet égard par le Dr L_____, également entendu par le Tribunal de céans, n'ont pas convaincu ce dernier. Force est en effet de

constater que les conclusions du Dr L_____ ne vont pas seulement à l'encontre de celles du Dr K_____ mais également à l'encontre de celles de tous les médecins psychiatres qui ont suivi l'assuré au cours des ans. Or, la Dresse I_____, ainsi qu'on l'a mentionné ci-dessus, a conclu à l'existence de troubles psychotiques et d'épisodes dépressifs, la Dresse M_____ à un trouble dépressif récurrent accompagné de symptômes psychotiques lors des épisodes dépressifs sévères et le Dr K_____ à un trouble psychotique invalidant.

En revanche, le Tribunal de céans est d'avis qu'il convient d'accorder une pleine et entière valeur probante au rapport du Dr K_____, dont il a déjà été relevé qu'il rejoignait les constatations des psychiatres traitants. Au surplus, le rapport d'examen du Dr K_____ se fonde sur une anamnèse générale, familiale, professionnelle, sur le dossier du recourant, sur un examen et un entretien avec lui. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. Son point de vue est dûment motivé et l'a été une nouvelle fois en détail devant le Tribunal de céans lors de l'audience d'enquêtes. Les conclusions du Dr K_____ apparaissent cohérentes et convaincantes et s'il est vrai que le Dr K_____ est le seul à avoir évoqué le diagnostic de schizophrénie, il n'en demeure pas moins que ses observations ont été confirmées par les autres médecins psychiatres traitants, lesquels ont confirmé la présence de troubles psychotiques. Par ailleurs, répondant à la critique du Dr L_____, le Dr K_____ a expliqué pourquoi il avait posé le diagnostic de traits paranoïaques en sus de celui de schizophrénie. Enfin, le Dr K_____ a écarté la théorie de l'effondrement affectif avancée par le Dr L_____ au motif qu'un tel effondrement aurait dû se résorber de lui-même après six mois au maximum.

Le Dr K_____ a souligné que les troubles étaient présents depuis six ans, voire certainement plus, qu'ils ont persisté malgré les traitements variés et la consultation de plusieurs thérapeutes, que le patient évolue dans un climat de solitude et d'incapacité à tel point que selon le médecin, il se trouve dans un état de "survie passive".

Le Dr K_____ a conclu à une incapacité totale de travail. Il a expliqué que l'assuré se trouve presque "hors normalité" et sans ressources. S'agissant de la capacité de travail de l'assuré, le Dr K_____ s'est rangé à l'avis des responsables de l'atelier des "établissement hospitalier". Ceux-ci avaient pu observer que les difficultés psychologiques de l'assuré - qualifiées d'importantes - ainsi que l'influence des médicaments qu'il prenait, empêchaient tout reconditionnement professionnel hors d'une structure de soins adaptés. Si le Dr K_____ a évoqué une éventuelle capacité de travail de 50% avec un rendement de 60%, il a précisé que ce ne serait possible que dans un atelier protégé et à titre thérapeutique.

Cette évaluation a été corroborée par la Dresse N_____, qui a conclu à une incapacité totale de travail de son patient. Elle a jugé que ce dernier n'était pas même capable d'assumer une activité professionnelle à 25% et a fait remarquer que cela avait d'ailleurs déjà été tenté sans succès.

La Dresse M_____ a conclu dans le même sens en relevant qu'effectivement deux essais avaient été tentés pour réintégrer l'assuré, qui s'étaient soldés par des échecs.

8. Il ressort de ces éléments que la capacité de travail de l'assuré dans le circuit économique normal est nulle. Encore faut-il examiner si, ainsi que le soutient l'intimé, des facteurs non médicaux sont à l'origine de cette incapacité.

Il est vrai que la Dresse N_____, dans son rapport du 20 mars 2003, a indiqué que l'état dépressif de son patient était en partie dû à sa situation sociale et familiale.

Le Dr E_____, dans son rapport du 14 avril 2003, a également relevé que des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale influençaient légèrement l'affection et que les troubles psychiques de l'assuré étaient réactionnels à des événements de vie adverse. Il a cependant également indiqué que l'incapacité de travail n'était due qu'à des affections mentales et non à des raisons socio-économiques ou conjoncturelles.

Le Tribunal de céans est d'avis qu'il est erroné de conclure comme le fait l'autorité intimée que dans le cas présent des facteurs étrangers à l'invalidité conditionnent de manière prépondérante l'incapacité de travail puisque contrairement aux conclusions du Dr L_____, il existe en l'état un état psychique assimilable à une dépression durable au sens médical. Ce sont donc des motifs médicaux qui ont entraîné chez l'assuré l'incapacité de travail. Certes, les éléments de vie adverse n'ont rien fait pour améliorer son état, mais il n'en demeure pas moins que, selon le Dr K_____, le patient présente un trouble psychotique avéré avec de nombreux symptômes anxiothymiques et conversifs. Il ne s'agit pas là d'une simple humeur dépressive mais bien d'un état psychique assimilable à une dépression durable au sens médical qui, de manière autonome, influence la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles, qualifiées de nombreuses par le Dr K_____, découlent ainsi d'une part, du tableau dépressif et, d'autre part, du tableau anxieux. On ne saurait admettre en l'occurrence que l'expert n'a relevé que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial. L'argument de l'intimé ne résiste donc pas à l'examen.

9. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recourant doit se voir reconnaître le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

S'agissant de la capacité de travail du recourant, il ressort du dossier qu'il a été incapable à 100% du 1er octobre 2001 au 31 août 2002, à 50% du 1er septembre 2002 à la fin du mois de mai 2004, date de son licenciement et que, depuis lors, il a présenté une pathologie psychiatrique invalidante conduisant à une totale incapacité de travail.

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version en vigueur dès le 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. Selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA).

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA).

En l'occurrence, le droit à la rente de l'assuré a donc pris naissance le 1er octobre 2002 (soit un après le début de l'incapacité de travail). Le recourant doit ainsi se voir accorder une rente entière du 1^{er} octobre au 30 novembre 2002 (soit trois mois après qu'il a retrouvé une capacité de travail de 50% ; cf. art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI]), puis une demi-rente, du 1^{er} décembre 2002 au 31 août 2004 (soit trois mois après que sa capacité de travail est retombée à 0%), puis à nouveau une rente entière. Le recours est admis en ce sens.

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet dans le sens des considérants.
3. Dit que Monsieur Z_____ a droit à une rente entière d'invalidité du 1er octobre au 30 novembre 2002, à une demi-rente du 1er décembre 2002 au 31 août 2004 puis, à compter du 1er septembre 2004, à une rente entière.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de Fr. 2'000.-- à titre de dépens ;
6. Condamne l'intimé à un émolument de 500 fr .
7. 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 :

Janine BOFFI

Karine STECK

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