

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1098/2007

ATAS/649/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 22 mai 2008**

En la cause

Monsieur G \_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître BOROWSKY Jacques

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Olivier LEVY et Christine KOEPEL, Juges  
assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur G\_\_\_\_\_, a travaillé en tant que nettoyeur au sein de plusieurs sociétés. Dès 1992, il s'est associé avec son cousin, Monsieur H\_\_\_\_\_, afin d'exploiter en commun l'entreprise de nettoyage de ce dernier.
2. Le 21 mars 1995, en sautant d'un container, l'assuré s'est tordu le genou gauche, ce qui lui a occasionné une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne. Son médecin-traitant, le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecine du sport, a posé les diagnostics de distorsion du genou gauche et de déchirure grade III de la corne postérieure du ménisque interne (cf. rapport du 5 avril 1995). Il a attesté d'une incapacité totale de travail.
3. Le 28 mars 1996, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI).
4. Du 6 mai au 28 juin 1996, il a séjourné à la clinique de réadaptation de Bellikon. Le rapport de sortie indiquait que l'assuré avait recouvré une capacité de travail de 50% dès le mois de juillet 1996.
5. Le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie et chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA a rendu son rapport final en date du 11 novembre 1996. Il a conclu que malgré une certaine discrédance entre le syndrome allégué et les constatations clinique, il fallait admettre que les séquelles douloureuses pouvait empêcher le patient de travailler uniquement à des travaux physiques dans une entreprise de nettoyage. Il a considéré qu'en revanche, dans toute activité permettant d'éviter la station debout ou la marche prolongée, les montées ou descentes d'escaliers, les accroupissement et le porte de charges, l'assuré pourrait travailler à plein temps et plein rendement.
6. Par décision datée du 30 septembre 1997, la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA) a reconnu à l'assuré un degré d'invalidité de 40%. Elle lui a octroyé la rente d'invalidité correspondante, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%.
7. Le 2 juin 1998, l'assuré a commencé un stage d'observation au Centre d'intégration professionnelle (CIP). Bien que ce stage ait dû être interrompu le 25 août 1998, les maîtres de stage ont considéré qu'il avait suffisamment duré pour leur permettre de se prononcer sur la capacité de travail de l'intéressé, qu'ils ont jugée entière (à plein temps et avec un rendement normal) dans une activité adaptée, c'est-à-dire s'exerçant en position assise uniquement et permettant d'éviter le port de charges, par exemple ouvrier d'usine ou ouvrier de presse. Les maîtres de stage ont précisé

qu'un réentraînement à l'effort d'au moins six mois étant néanmoins nécessaire. Ils ont relevé le manque de motivation de l'assuré (cf. rapport du 7 septembre 1998).

8. Un mandat d'expertise psychiatrique a été confié au Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier, dans son rapport du 11 mai 1999, a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive d'intensité légère, tout en précisant que ce trouble ne motivait aucune incapacité de travail, même faible, et qu'il avait tendance à disparaître.
9. Par décision du 20 septembre 1999, l'OCAI a conclu à un degré d'invalidité de 36% et refusé toute prestation à l'assuré.
10. Saisie d'un recours interjeté par l'assuré qui reprochait à l'OCAI de n'avoir pas suffisamment pris en compte ses troubles psychiques, la Commission de recours en matière d'assurance-invalidité - alors compétente - a rendu en date du 12 février 2001 un jugement au terme duquel elle a considéré qu'une rente entière aurait dû être versée à l'assuré du 1er mars au 30 juin 1996 et renvoyé la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire s'agissant de la période s'étendant du 1er juillet 1996 au 20 septembre 1999, étant précisé qu'à compter de cette date, il était établi que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.
11. Le 25 avril 2002, l'OCAI a rendu une nouvelle décision octroyant à l'assuré une rente entière pour la période allant du 1er mars au 30 juin 1996. Il lui a en revanche nié le droit à toute prestation postérieurement à cette date au motif que son degré d'invalidité n'avait été que de 35% du 1er juillet 1996 au 20 septembre 1999 et de 0% au-delà.
12. Saisi d'un recours de l'assuré contestant la décision de l'OCAI pour la période du 1er juillet 1996 au 19 septembre 1999, le Tribunal cantonal des assurances sociales a statué en date du 4 novembre 2003 (ATAS 183/03). Le Tribunal considérant, à l'instar de l'OCAI, que l'examen de l'état de santé de l'assuré de juillet 1996 à septembre 1999 était difficile à établir a posteriori, a suivi la proposition de l'OCAI de se baser sur le rapport établi par la Clinique de Réadaptation de Bellikon et de reconnaître à l'assuré, par économie de procédure, le droit à une demi-rente d'invalidité du 1er juillet 1996 au 30 septembre 1999. Cet arrêt du TCAS est entré en force.
13. Par courrier du 9 août 2004, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a informé l'OCAI que son état de santé s'était considérablement péjoré depuis 2000 et que cette péjoration avait entraîné une diminution importante de sa capacité de travail résiduelle.

A l'appui de ses dires, il a produit un bref certificat établi le 9 juin 2004 par le Dr L\_\_\_\_\_, confirmant simplement l'aggravation considérable de l'état de santé

de son patient depuis 2000 et émettant l'avis qu'une demande de révision de sa situation était justifiée.

L'assuré a également produit un courrier du Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, daté du 10 juin 2004, indiquant que son état "évolue gravement vers une chronicité avec déchéance socioprofessionnelle". Le Dr O\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, dislocation de la famille par séparation, solitude, soutien familial inadéquat et accentuation de certains traits de personnalité.

14. Interrogé par l'OCAI, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué, en date du 10 février 2005, que son patient souffrait d'hypertension artérielle essentielle, de syndrome métabolique, de gastrite chronique à hélicobacter, de fibromyalgie et de lyse hépatocellulaire. Il a conclu à une incapacité de travail à compter du 4 août 1998. Il a brièvement indiqué que l'état du santé s'aggravait et a conclu que l'on pouvait exiger de son patient qu'il exerce une activité comme celle de surveillance à raison de quatre heures par jour (pièce 126 OCAI).
15. Interrogé à son tour, le Dr O\_\_\_\_\_ a indiqué en date du 26 avril 2005 que l'état de son patient évoluait gravement vers une chronicité avec déchéance socioprofessionnelle. A la question de savoir si l'état de santé de son patient évoluait, il l'a toutefois qualifié de stationnaire. Il a préconisé un examen complémentaire et a conclu à une incapacité totale de travail. Il a décrit son patient comme dysthymique, dysphorique, aboulique, apragmatique et souffrant d'aproxexie (pièce 127 OCAI).
16. Ces documents ont été soumis au Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie et médecin de dossiers auprès du Service médical régional AI (SMR). Ce médecin a relevé que, de la liste des diagnostics posés par le Dr L\_\_\_\_\_, seule la fibromyalgie était potentiellement invalidante, à condition qu'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes soit reconnue. Le Dr P\_\_\_\_\_ a fait remarquer que le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, attesté par le Dr O\_\_\_\_\_, n'était pas considéré comme tel. Quant aux autres diagnostics mentionnés par le Dr O\_\_\_\_\_, le Dr P\_\_\_\_\_ a souligné qu'ils ne constituaient pas des atteintes à la santé, mais des "facteurs influant sur l'état de santé", selon la CIM-10 et qu'ils n'avaient pas valeur d'invalidité. Le Dr P\_\_\_\_\_ a relevé par ailleurs que le Dr L\_\_\_\_\_, qui avait attesté d'une totale incapacité de travail en 2000 - période où l'assuré avait été considéré comme ayant une capacité de travail entière du point de vue de l'AI -, concluait désormais à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. De la comparaison de ces deux estimations de la capacité de travail émanant du même médecin, le Dr P\_\_\_\_\_ a estimé qu'il fallait conclure logiquement que la capacité de travail de l'assuré était meilleure désormais qu'en 2000.

17. Par décision du 7 juillet 2005, l'OCAI a rejeté la demande de l'assuré au motif que seule la fibromyalgie était potentiellement invalidante, mais que les conditions permettant de lui reconnaître ce caractère invalidant n'étaient pas remplies en l'espèce.
18. Par écriture du 9 août 2005, complétée le 13 septembre 2005, l'assuré a formé opposition à cette décision. Relevant que son médecin traitant n'avait pas conclu à un simple trouble somatoforme douloureux mais bien à une fibromyalgie, il a soutenu que l'on ne saurait dès lors exiger la présence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes. Il a ajouté que son trouble dépressif récurrent évoluait gravement vers une chronicité avec déchéance socioprofessionnelle et en a tiré la conclusion que toute reprise du travail était inexigible de sa part. Il estime que sa fibromyalgie doit être reconnue comme invalidante, dans la mesure où il souffre d'affections corporelles chroniques et d'un état psychique sans évolution favorable possible.
19. A la demande l'OCAI, il a été procédé à un examen bi-disciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, confié à la Dresse Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et au Dr R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie.

Ces médecins ont rendu leur rapport en date du 26 mai 2006 (pièce 142 OCAI). Ils ont retenu, au titre de diagnostic entraînant une répercussion sur la capacité de travail : des gonalgies persistantes dans le cadre d'un status post-déchirure de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche, opérée par arthroscopie en 1995. Ils ont également mentionné, mais en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : des cervicalgies plus marquées à droite, non déficitaires, des lombalgies communes dans le cadre d'un discret trouble de la statique et une insuffisance posturale, un diabète sucré de type II, avec possible polyneuropathie, une hypertension artérielle traitée, une obésité, un status post-cure de hernie inguinale droite en 1977, un status post-malaise d'origine inconnue le 7 janvier 2006, une accentuation de certains traits de personnalité et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Vu l'absence des points de diagnostic typiques, les médecins n'ont pas retenu le diagnostic de fibromyalgie. Ils ont admis que la lésion méniscale du genou gauche puisse amener une certaine limitation fonctionnelle, mais ont souligné une importante discordance entre les douleurs et les handicaps allégués et les données cliniques et radiologiques.

Sur le plan psychiatrique, les médecins ont dit n'avoir décelé aucune limitation fonctionnelle psychiatrique diminuant la capacité de travail et ont émis l'avis qu'il n'y en avait jamais eu. Ils ont souligné que l'étude du dossier montrait que plusieurs psychiatres avaient eu la même impression et que le Dr O\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, n'avait d'ailleurs pas rapporté de limitations fonctionnelles psychiatriques ni attesté explicitement d'une incapacité de travail, se contentant de constater que l'état de son patient "évolue gravement vers une chronicité avec déchéance

socioprofessionnelle". Les médecins du SMR ont relevé que cette formulation décrit avant tout l'état factuel du vécu de l'assuré, mais ne dit rien quant à la présence ou à l'absence de la santé psychique et à d'éventuelles répercussions sur la capacité de travail de l'assuré. Ils ont fait remarquer que l'assuré leur avait d'ailleurs confirmé que son état était le même depuis plusieurs années. Quant au diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, les médecins l'ont écarté, au motif que les critères posés par la CIM-10 n'étaient pas remplis en l'espèce. Les médecins ont conclu à l'absence totale de limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique.

En définitive, les médecins ont estimé que si l'activité de nettoyeur n'était certes plus adaptée, la capacité de travail de l'assuré demeurerait en revanche entière dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles biomécaniques (c'est-à-dire permettant d'éviter la position statique debout, la position appuyée sur les coudes, accroupis ou agenouillés, la montée ou la descente d'escaliers à répétition, le port de charges supérieures à 10 kg, et de limiter le périmètre de marche à 2 km sur terrain plat).

20. Par décision sur opposition du 12 février 2007, l'OCAI a confirmé sa décision du 7 juillet 2005 refusant toutes prestations et a indiqué au motif que le degré d'invalidité de l'assuré restait insuffisant pour lui ouvrir droit à des prestations. L'OCAI a considéré que la situation médicale de l'assuré n'avait pas évolué depuis le jugement rendu le 12 février 2001 par la Commission de recours en matière d'assurance-invalidité.
21. Par courrier du 16 mars 2007, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il conclut à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 10 août 2004 et pour une durée indéterminée.

Il fait remarquer que le droit à la rente qui lui a été reconnu du 1er juillet 1996 au 30 septembre 1999 se fondait essentiellement sur une atteinte physique, à savoir les séquelles douloureuses résultant de l'accident dont il avait été victime le 21 mars 1995. Il soutient que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, en cas de fibromyalgie attestée médicalement, il n'y a pas lieu de se soucier de savoir si ce diagnostic est accompagné d'une comorbidité psychiatrique ou non. Le recourant invoque l'avis du Dr L\_\_\_\_\_, selon lequel la seule atteinte fibromyalgique engendrerait chez lui une incapacité de travail de 50%. Il en tire la conclusion qu'il faut admettre que sa fibromyalgie a des conséquences directes sur sa capacité de travail et constitue une atteinte invalidante au sens de la loi.

Le recourant ajoute que même si l'on applique la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux, le caractère invalidant de son atteinte doit être reconnu dans la mesure où aucune mesure d'ordre psychiatrique n'a été en mesure d'apporter une amélioration de sa capacité de travail, qu'il faut donc admettre que les troubles

psychiques se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de la capacité de travail ne peut plus être raisonnablement exigée de sa part. Il invoque par ailleurs une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, alléguant qu'il est même écarté par ses proches.

22. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 14 mai 2007, a conclu au rejet du recours. Il fait valoir que les rapports des médecins traitants produits dans le cadre de la demande de révision n'ont pas permis de démontrer une aggravation de l'état de l'assuré postérieure à l'octroi de rente dans la mesure où ni le Dr L\_\_\_\_\_ ni le Dr O\_\_\_\_\_ n'ont indiqué en quoi consisterait cette aggravation.
23. Dans sa réplique du 22 juin 2007, l'assuré a maintenu ses conclusions. Il rappelle qu'il est un travailleur manuel et que les multiples atteintes rhumatologiques ostéo-articulaires et physiques ont réduit sa capacité de travail résiduelle à néant. Il allègue que l'aggravation de son état se manifeste essentiellement par des troubles psychiques sévères avec accentuation de certains traits de la personnalité se traduisant par de l'anxiété, des cauchemars, des insomnies, de l'aboulie, une déchéance socioprofessionnelle, d'importants céphalées et des tensions au niveau de la nuque.
24. Une audience s'est tenue en date du 8 novembre 2007 au cours de laquelle a été entendu le Dr O\_\_\_\_\_.

Le témoin a confirmé la teneur de ses différents rapports. Il a affirmé que son patient souffre d'un état dépressif " plus que moyen" avec syndrome somatique. Le Dr O\_\_\_\_\_ a affirmé s'être basé, pour poser son diagnostic, sur la CIM-10. Il a par ailleurs indiqué n'avoir jamais eu connaissance du rapport bidisciplinaire du SMR.

Il a expliqué que l'état de son patient s'était aggravé en ce sens qu'il évolue vers une déchéance socio-professionnelle et socio-personnelle. Il a par ailleurs insisté sur le fait que la personnalité de l'assuré, essentiellement basée sur une intelligence manuelle, a été modifiée par la maladie.

Selon le témoin, l'état du patient évoluait déjà vers une chronicisation en octobre 1997; vers 1999, il s'est vraiment dégradé, lorsque la compliance est devenue plus difficile, que ses plaintes ont augmenté et qu'il a été hospitalisé pour ses problèmes physiques. Le médecin a précisé que les facteurs extérieurs, comme par exemple le soutien de sa famille, influencent également l'état de son patient et que ce dernier a notamment dû faire le deuil de son père.

25. A l'issue de l'audience, 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'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) 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. 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. 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, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, étant donné que la nouvelle demande de prestations a été déposée en août 2004, le présent recours concerne le droit à des prestations postérieures à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, sur le plan matériel, cette dernière s'applique au présent litige (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

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 porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a considéré qu'il n'y a pas eu aggravation de l'état de santé du recourant.
5. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17

---

LPGA; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références).

b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).

c) Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Si elle arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

6. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la demande de révision mais a considéré que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas modifié depuis sa décision initiale du 20 septembre 1999 au point de d'influer sur son droit aux prestations. Il convient de relever qu'il a été établi au terme de la précédente procédure que l'assuré avait droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> mars au 30 juin 1996 et à une demi-rente du 1<sup>er</sup> juillet 1996 au 30 septembre 1999, l'assuré ayant recouvré une pleine capacité de travail au-delà de cette date. En l'occurrence, il convient donc d'examiner s'il y a eu depuis lors aggravation de l'état de santé de l'assuré.
7. a) 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). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 consid. 4 et les références).

c) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.).

d) Au sujet 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc

confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

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

Selon la jurisprudence et contrairement à ce qu'allègue le recourant, la fibromyalgie peut être assimilée à un trouble somatoforme, plus particulièrement au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA I 123/04 du 6 juillet 2004 consid. 4.2.1 et I 721/02 du 10 mars 2003; cf. P. A. BUCHARD, «Peut-on encore poser le diagnostic de fibromyalgie?», in: Revue médicale de la Suisse romande 2001, p. 443ss, spéc. p. 446; cf. aussi MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in : Schaffhauser/Schlauri [éd.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St-Gall 2003, p. 64 n. 93). Dès lors, la jurisprudence applicable en matière de trouble somatoforme douloureux s'applique,

notre Haute Cour assimilant ces deux diagnostics dans le cadre de l'examen de leur caractère invalidant ; cf. ATF 132 V 65)

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitime sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift

---

1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

9. En l'espèce, le recourant invoque les avis des Drs O\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_.

Force est de constater que le Dr L\_\_\_\_\_ ne motive en rien l'affirmation selon laquelle l'état de son patient se serait aggravé. Interpellé sur ce point, il a simplement fait état, en date du 10 février 2005, d'hypertension artérielle, de syndrome métabolique, de fibromyalgie et de lyse hépatocellulaire et conclu à une incapacité de travail totale depuis le 4 août 1998. Or, il a été d'ores et déjà jugé, par décisions entrées en force, que l'assuré était apte à exercer à plein temps et plein rendement une activité adaptée à ses limitations dès la fin du mois de septembre 1999, ce qui n'entraînait pas de perte de gain suffisante pour ouvrir droit à une rente.

Ainsi que l'a fait remarquer l'intimé, seul le diagnostic de fibromyalgie aurait pu se révéler invalidant, mais tel n'est pas le cas. En effet, l'état dépressif moyen invoqué par le Dr O\_\_\_\_\_ - et d'ailleurs nié par les médecins du SMR, qui n'ont pas retenu de limitation au plan psychique - ne saurait constituer une comorbidité psychiatrique d'une durée et d'une acuité suffisantes au sens de la jurisprudence. Aussi doit-on considérer en l'espèce que l'existence d'une comorbidité psychiatrique, au sens voulu par la jurisprudence constante, n'est pas avérée. En effet, la jurisprudence du Tribunal fédéral citée ci-dessus, fondée sur la doctrine médicale, a clairement posé le principe selon lequel les troubles d'ordre dépressif, tel que celui dont le recourant se prévaut, ne constituent pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux - ou à une fibromyalgie - dès lors qu'ils sont une manifestation réactive de ce dernier. Les éléments au dossier ne permettent en effet pas de considérer que les problématiques psychiques seraient intervenues avant la symptomatologie.

Reste à examiner si les autres critères permettant de reconnaître un caractère invalidant à une fibromyalgie sont réalisés en l'espèce, étant précisé qu'ils doivent revêtir une intensité et une constance certaines.

En premier lieu, on doit se trouver en présence d'affections corporelles chroniques. Il doit s'agir d'affections fondées sur un substrat organique et non de douleurs (subjectivement ressenties par la personne atteinte dans sa santé). Dans le cas

d'espèce, il n'y a pas d'affections corporelles chroniques invalidantes s'ajoutant aux diverses plaintes douloureuses du patient.

Le second facteur à examiner est celui d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable. Dans le cas présent, le recourant continue de souffrir de gonalgies mais ces dernières n'ont pas empêché les experts de conclure à une capacité de travail entière à compter du mois de septembre 1999 dans une activité adaptée. Ce critère n'est donc pas non plus rempli.

Quant à la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, quoi qu'en dise le recourant, elle n'est pas non plus réalisée. Le Dr O\_\_\_\_\_ fait certes état d'une évolution vers une déchéance socio-professionnelle mais certainement pas suffisante pour atteindre la mesure exigée par la jurisprudence puisque dans son avis du 10 février 2005, le Dr L\_\_\_\_\_ considérait que l'on pouvait malgré tout exiger de son patient qu'il exerce une activité légère à mi-temps.

L'état psychique de l'assuré n'est manifestement pas cristallisé. Les médecins du SMR ont conclu à l'absence de limitation fonctionnelle psychiatrique. L'avis du Dr O\_\_\_\_\_, au demeurant peu étayé, ne saurait suffire à s'écarter de celui des médecins du SMR. D'une part, il convient de rappeler que l'avis des experts doit primer sur celui du médecin traitant. D'autre part, l'avis du Dr O\_\_\_\_\_ semble sujet à caution dans la mesure où il est contredit non seulement par les médecins du SMR mais également par le Dr N\_\_\_\_\_, qui avait conclu, en 1999, à un simple trouble de l'adaptation sans conséquence invalidante, alors que le Dr O\_\_\_\_\_ soutient que l'état de son patient évoluait déjà vers une chronicisation en 1997.

En définitive, le Tribunal de céans se doit de confirmer l'appréciation faite par les organes de l'assurance-invalidité, à savoir l'absence de pathologie (somatique ou psychiatrique) invalidante et donc, d'aggravation pouvant entraîner une modification du droit de l'assuré.

10. Il suit de ce qui précède que le recours est mal fondé, de sorte qu'il sera rejeté.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. 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

Brigitte LUSCHER

Karine STECK

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