

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1525/2008

ATAS/523/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 8**

**du 18 mai 2010**

En la cause

Monsieur S \_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Maurizio LOCCIOLA

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Georges ZUFFEREY, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,  
Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur S\_\_\_\_\_, né en 1966 et originaire du Kosovo, a subi un accident de travail le 18 mai 1994, date à laquelle il a présenté une douleur cervicale brusque suite au port d'une lourde charge (40 kg). Il s'est retrouvé dans l'incapacité totale de travailler suite aux lombalgies et cervicalgies chroniques consécutives à l'accident.
2. Le 10 janvier 1995, le docteur A\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la Caisse nationale suisse d'accidents (CNA), a rendu un rapport médical. Il a relevé que des séquelles physiques de l'accident n'existaient plus et que, mis à part une légère et discrète protusion discale C5-C6 dorsomédiane, le résultat ne présentait aucune particularité, de sorte que l'on pouvait raisonnablement exiger de l'assuré la continuation du travail auprès de son employeur précédent, à condition qu'il ne soulève pas de charges de plus de 20 kilos.
3. Il a subi une rechute le 22 août 1996, date à laquelle il a effectué un séjour à la clinique de neurochirurgie des Hôpitaux Universitaires Genevois (ci-après HUG). Les médecins ont diagnostiqué des cervicalgies et des lombalgies chroniques ainsi qu'une hernie discale L5-S1.
4. Le 6 février 1997, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI).
5. Le 7 mars 1997, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a effectué une expertise médicale à la demande de la caisse maladie de l'assuré. Il a diagnostiqué une hernie discale C6-C7 gauche ainsi qu'une hernie discale L5-S1 gauche. Objectivement, il a relevé que le patient avait effectivement mal et qu'il était « inconfortable ». Il a expliqué qu'en l'absence de syndrome radiculaire objectivable, l'assuré ne présentait pas de symptomatologie suffisante pour ne pas pouvoir exercer du tout sa profession. Subjectivement, le médecin a souligné que les douleurs étaient importantes et contre-indiquées à tout exercice professionnel. En conclusion, sur la base des seules découvertes objectives, il ne pouvait conclure à une indemnisation totale à long terme chez l'assuré et, en l'absence d'éléments nouveaux survenus depuis l'accident, on pouvait conclure que la capacité de travail de l'accidenté était de 100% .
6. Le 8 juillet 1997, la doctoresse C\_\_\_\_\_, son médecin traitant, a rédigé un rapport dans lequel elle a notamment diagnostiqué des cervico-dorsalgies chroniques post-traumatiques, des cervico-brachialgies gauches chroniques sur hernie discale C6-C7 et post-traumatiques, des lombosciatalgies aiguës gauches à répétition sur hernie discale L5-S1, un canal cervical étroit avec probable conflit radiculaire ainsi qu'un état anxio-dépressif chronique post-traumatique. Elle a

indiqué que l'assuré pouvait travailler dans une activité légère, sans port de charges lourdes, en alternant les positions assis-debout (pièce 10, fourre 3 OCAI).

7. Le 30 mars 1999, l'OCAI a rendu un projet de décision refusant toutes prestations AI en indiquant que le degré d'invalidité de l'assuré avait été fixé à 30 %.
8. Le 11 mai 1999, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, s'est opposé au projet de l'OCAI en invoquant les avis divergents des différents médecins appelés à se prononcer sur son invalidité.
9. Suite à cette opposition, l'OCAI a décidé de mandater le centre d'expertise médicale de Bâle (ci-après le MEDAS ).
10. Le 22 novembre 2000, ce dernier a rendu son rapport d'expertise et concluait à une capacité résiduelle de travail de 80 % dans un poste adapté.
11. Par décision du 18 juin 2001, l'OCAI a fixé le taux d'invalidité de l'assuré à 32,10 % et a refusé toute prestation AI.
12. Le 19 juillet 2001, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision. Tout en critiquant la fixation du taux d'invalidité, il a également requis la traduction du rapport d'expertise effectué par le MEDAS afin de pouvoir se déterminer sur celui-ci.
13. Il en ressortait que l'assuré souffrait de cervico-brachialgie à gauche avec protusion discale C5-C6 et hernie discale C6-C7 sans carences radiculaires, d'un syndrome d'irritation lombo-radiculaire avec hernie discale L5-S1 à gauche sans carences radiculaires, de trouble somatoforme douloureux persistant, de perturbation dissociative mixte et qu'il connaissait un léger épisode dépressif avec soupçon d'une structure de personnalité histrionique. Ces diagnostics principaux affectaient la capacité de travail de l'assuré, celui-ci ne pouvant plus effectuer d'activités physiques lourdes impliquant des charges pour le dos et n'étant plus en mesure de soulever de poids de plus de 15 kilos de façon répétitive.
14. Dans son préavis du 18 février 2003, l'OCAI a proposé le rejet du recours. Il a souligné que la décision était intervenue le 18 juin 2001 et que seuls pouvaient être retenus les faits antérieurs à cette date dans le cadre de la procédure. En ce qui concernait la demande de mesures professionnelles, il a relevé que l'assuré avait toujours estimé ne pas être capable de travailler et que les experts de MEDAS avaient encore expliqué dans leur rapport qu'il avait de la peine à traiter et à réagir de façon appropriée face à ses symptômes et à des problèmes physiques relativement modestes. Les mesures de réadaptation seraient ainsi de toute manière vouées à l'échec, raison pour laquelle il se justifiait de n'en point octroyer.

15. Le 10 avril 2003, le recourant a persisté dans les termes de son recours. Subsidiairement, il a derechef conclu à l'octroi de mesures de réadaptation tout en insistant sur le fait que l'aggravation de son état de santé ne signifiait pas qu'il n'avait pas la volonté de suivre des mesures de réadaptation.
16. Par arrêt du 13 novembre 2003, le Tribunal de céans a déclaré le recours recevable et l'a rejeté.
17. Le 29 octobre 2004, le département de médecine interne de l'Hôpital Cantonal, Service de Médecine Interne de réhabilitation Beau-Séjour a posé le diagnostic principal : syndrome douloureux chronique avec cervico-brachialgies gauches et syndrome lombo-vertébral non déficitaires avec les comorbidités suivantes : état dépressif, oesophagite stade I/IV, status post-gastrite à *Helicobacter pylori*, prostatisme, cholestéatome.
18. En date du 7 janvier 2005, l'assuré a déposé une nouvelle demande de rente auprès de l'assurance invalidité. Cette demande a été reçue par l'OCAI le 12 janvier 2005.
19. Le 21 avril 2006, le Dr. D\_\_\_\_\_, médecin psychiatre, a posé, dans un questionnaire complémentaire à l'attention de l'AI, les diagnostics suivants : Algies cervico-dorso-lombaires chroniques consécutives à l'accident du 18.05.1994, dysfonctionnement neuro-végétatif somatoforme F 45.3 et trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère F 33.2. Ce médecin a mentionné une incapacité de travail de l'assuré à 100%
20. Dans le cadre d'un examen psychiatrique du 19 décembre 2007, le Dr. E\_\_\_\_\_, psychiatre FMH du SMR relève notamment « par contre, nous nous éloignerons du diagnostic proposé par le psychiatre traitant de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F 33.2). Tout d'abord nous n'avons pas d'élément anamnestique pour évoquer la récurrence, ensuite nous ne trouvons pas d'élément dépressif évoquant un épisode actuel sévère lors de l'examen clinique SMR, les éléments dépressifs étant essentiellement anamnestiques. » Le Dr. E\_\_\_\_\_ précise encore que « En dehors de ce diagnostic de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme, notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée invalidante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation d'environnement social et psychosocial, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. »
21. Dans son rapport du 7 février 2008, le SMR conclut au fait qu'il n'a pas été mis en évidence de maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée et que cette capacité est entière sur le plan psychiatrique.

22. Le 11 février 2008, l'OCAI a notifié un projet de décision concluant à l'absence de droit à des prestations de l'AI en constatant que le recourant ne présentait pas de pathologie invalidante ni sur le plan somatique ni sur le plan psychiatrique.
23. Par courrier du 22 février 2008 (reçu le 26 février 2008), le recourant a fait part de son désaccord en s'appuyant notamment sur un avis de Dr. F\_\_\_\_\_, du 14 avril 2008, qui pose les diagnostics suivants :
24. Lombosciatalgies gauches chroniques depuis 1994 avec hernie discale L5-S1 gauche sans déficit radiculaire.
25. Cervico-brachialgies gauche avec protrusion, hernie discale C5-C6-C7.
26. Troubles dépressifs récurrents avec une structure de personnalité histrionique.
27. Troubles douloureux somatoformes persistant
28. Migraines
29. Reflux gastro-oesophagien.
30. Lipome sous-cutané abdominale.
31. Spermatocèles gauche opéré en août 2007.  
  
Ce médecin conclut qu'à son avis, Monsieur S\_\_\_\_\_ n'est pas apte à reprendre un travail physique à 100%, suite à des douleurs chroniques.
32. Par décision, datée par erreur du 11 février 2008 (date du projet de décision), envoyée en pli simple et reçue le 10 avril 2008, l'OCAI a confirmé son refus de droit aux prestations de l'AI en faveur du recourant.
33. Par acte du 30 avril 2008, Monsieur S\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision du 10 avril 2008 en concluant à la recevabilité du recours, à l'annulation de cette décision et à l'octroi d'une rente d'invalidité à 100% depuis le mois d'octobre 1997.
34. Par courrier du 11 avril 2008 adressé au Dr. F\_\_\_\_\_, le Dr. G\_\_\_\_\_, médecin adjoint au service de neurochirurgie des HUG, précise « Mon avis est le même que celui d'il y a un an, c'est-à-dire qu'étant donné la chronicité des plaintes et l'absence d'évidence clinique d'irritation radiculaire ainsi que de compression significative sur les derniers examens radiologiques, il est extrêmement peu probable que toute intervention soit efficace et que Monsieur S\_\_\_\_\_ puisse reprendre le travail un jour. Il apparaît toutefois fortement handicapé par ses plaintes et, malgré le rejet de sa demande de prestations de l'A.I., je me demande,

dans l'état où il se présente lors de la consultation, comment il pourrait faire un travail même léger. »

35. Suite à un mandat de réadaptation, l'AI conclut, en date du 29 mai 2008, que des mesures d'ordre professionnel ne sont pas envisageables compte tenu des éléments au dossier et qu'elles seraient vouées à l'échec.
36. Interpellé suite au recours, le SMR relève, dans un avis médical sur recours du 16 mai 2008, sur le plan somatique, que le Dr. G\_\_\_\_\_ ne constate pas de péjoration de l'état clinique et que ses conclusions concernant une reprise de travail ne sont fondées que sur des éléments subjectifs, alors que des constatations objectives font défaut. Le SMR relève encore que le certificat de Dr. F\_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément médical nouveau. Sur le plan psychiatrique, le SMR s'éloigne du diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, proposé par le Dr. D\_\_\_\_\_, parce que d'une part il n'a pas trouvé d'épisode dépressif initial traité comme tel et résolutif, ce qui ne permet pas selon les critères de la CIM-10 de retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent. D'autre part, le SMR n'a pas trouvé, lors de l'examen psychiatrique du 19 décembre 2007, d'élément dépressif évoquant un épisode actuel sévère, les éléments dépressifs étant essentiellement anamnestiques. Le SMR précise encore que le léger épisode dépressif constaté lors de l'expertise MEDAS en 2000 apparaît en rémission lors de l'examen psychiatrique du 19 décembre 2007. Le SMR précise enfin que « une contre-expertise ne nous paraît donc pas nécessaire. »
37. Insistant notamment sur le fait que le SMR a constaté que le certificat du Dr. H\_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément médical nouveau et qu'il ne fait état que de plaintes subjectives pour justifier l'incapacité de travail qu'il atteste suite à des douleurs chroniques, l'OCAI conclut au rejet du recours. Dans sa détermination, l'OCAI relève encore « Enfin, dans l'hypothèse où nous retenions une capacité résiduelle de travail de 80% dans un poste adapté, le taux d'invalidité du recourant (35%) lui ouvrirait théoriquement le droit au reclassement. Toutefois, il est toujours possible à ce dernier de trouver un poste de travail approprié, sans formation complémentaire, puisqu'il est en mesure d'effectuer de nombreuses tâches légères, simples et ne demandant pas de formation préalable (arrêt du 13 novembre 2003 ; page 17). Pour le surplus, au vu de l'attitude du recourant et de sa façon de réagir face à ses symptômes, les mesures de réadaptation seraient en tout état de cause vouées à l'échec. Le recourant n'a au demeurant pas demandé d'être mis au bénéfice d'une telle mesure ».
38. Contestant les conclusions de l'OCAI, le recourant relève notamment que le rapport médical du SMR du 19 décembre 2007 ne mentionne pratiquement aucun des développements anamnestiques depuis le prononcé du jugement du Tribunal de céans du 13 novembre 2003. Le recourant précise en particulier « Or, le SMR ne prend pas en compte les développements intervenus depuis lors et ne fait que se

---

référer en substance au rapport établi par le MEDAS, lequel constatait déjà à l'époque l'existence d'un trouble dépressif. Enfin le recourant sollicite l'audition de son psychiatre, le D \_\_\_\_\_, de son médecin traitant, le Dr. H \_\_\_\_\_ ainsi que le Dr. I \_\_\_\_\_ et, en tant que de besoin, la mise sur pied d'une expertise psychiatrique judiciaire.

39. Interpellé au sujet des observations du recourant, l'OCAI estime, le 29 septembre 2008, qu'aucun élément nouveau n'est susceptible de modifier sa position et maintient ses conclusions.
40. Critiquant en particulier le fait que l'OCAI ne tient en aucune manière compte des rapports médicaux des Drs J \_\_\_\_\_, K \_\_\_\_\_, G \_\_\_\_\_ et L \_\_\_\_\_, lesquels attestent que l'état psychique du recourant s'est péjoré depuis le rapport établi par le MEDAS en date du 22 novembre 2000, le recourant persiste dans toutes ses conclusions.
41. Entendu lors de l'audience du 2 juin 2009, le Dr. H \_\_\_\_\_, médecin généraliste qui suit le recourant depuis le 2 décembre 2005, relève notamment « Je confirme les diagnostics médicaux mentionnés dans mon certificat médical de 14 avril 2008, tout en précisant encore que la dose de médicaments prise par M. S \_\_\_\_\_ a évidemment une influence sur la capacité de travail. Je confirme également que M. S \_\_\_\_\_ est en incapacité de travail chronique, avec un pronostic faible. Sans avoir l'ensemble de mon dossier, je pense que M. S \_\_\_\_\_ était en incapacité de travail totale déjà lors de la première consultation que j'ai eue avec lui. Depuis cette date, soit janvier 2005, je confirme que son état est stationnaire en termes d'incapacité de travail. Je reçois de temps en temps des rapports de Dr D \_\_\_\_\_ et je constate que sur l'aspect psychiatrique, l'évolution de M. S \_\_\_\_\_ n'est pas favorable.

Je relève que, en l'état, M S \_\_\_\_\_ ne peut effectuer aucune activité même adaptée. Il me semble évident que, compte tenu des antidépresseurs et des antalgiques pris, notamment, il ne peut nullement travailler avec les restrictions dont il doit tenir compte. M. S \_\_\_\_\_ ne peut avoir une activité ni assis, ni debout, en raison de la nécessité d'une alternance. L'origine de la chronicité de la dépression est à mon sens à rechercher dans les douleurs chroniques, qui jouent un rôle important, mais aussi dans l'environnement, qu'il soit social ou familial. ».

42. Auditionné lors de la même audience, le Dr. D \_\_\_\_\_, médecin psychiatre qui suit le recourant depuis le 21 janvier 2003, relève que « sur le plan du diagnostic, M. S \_\_\_\_\_ souffre de douleurs chroniques aux régions cervicales, dorsale et lombaire. Il est aussi victime d'un dysfonctionnement neurovégétatif et d'un état dépressif réactionnel à la suite de son accident. L'état dépressif chronique est d'une intensité moyenne, voire plus grave en fonction de sa situation. Les douleurs physiques engendrent souvent des angoisses qui aboutissent à des dépressions.

---

J'estime qu'à ce jour, M. S\_\_\_\_\_ n'a cliniquement aucune capacité de travail. Je confirme mon rapport du 21 avril 2006, en précisant que le tableau clinique persiste intégralement à ce jour. Au niveau du traitement, M. S\_\_\_\_\_ prend des médicaments sur le plan physique et sur le plan psychique. Il prend des antidépresseurs, à savoir de l'Efexor, ainsi que des anxiolytiques et du Zoldor, qui est un médicament pour le sommeil. Je rappelle que sur le plan du traitement, M. S\_\_\_\_\_ me consulte parfois chaque mois, parfois chaque six semaines, en fonction du besoin. Il s'agit vraiment d'une situation chronique figée et je dois malheureusement constater l'échec thérapeutique. A mon sens, il n'y a aucune amélioration envisageable et la situation est irréversible.

Je relève qu'une activité adaptée évoquée par l'AI constitue « un os à ronger ». Il y a lieu de prendre en compte l'absence de formation initiale de M. S\_\_\_\_\_. En effet, ce dernier n'a fait qu'une école primaire d'une durée de cinq ans au Kosovo.

Au sujet de l'expertise, j'ai l'impression que la démarche du SMR était faite d'emblée dans une situation conflictuelle. A mon sens, on ne peut pas, en une heure et demie, faire une évaluation correcte d'une situation telle que celle subie par M. S\_\_\_\_\_. Il y aurait lieu de faire un stage d'évaluation dans un centre hospitalier afin de faire un bilan objectif de son état de santé. ».

43. Entendues en comparution personnelle à cette même date, les parties persistent dans leurs conclusions. A cette occasion, le recourant précise notamment au sujet de son intégration sociale que des amis kosovars viennent chez lui qu'il les rencontre régulièrement et qu'il participe également aux activités de son quartier.
44. Interpellé par l'OCAI, le SMR relève dans ses commentaires que les vertiges étaient connus depuis 2003 et considérés comme émotionnels, quant à la surdité, elle a fait l'objet d'investigations ultérieures comme en témoigne le Dr. J\_\_\_\_\_ dans son rapport : « pour son cholestéatome, Monsieur S\_\_\_\_\_ souffre d'une hypo-acousie avec acouphènes dont l'intervention a été refusée. » Le SMR précise qu'on ne peut donc sur ces bases justifier une incapacité de travail dans une activité adaptée. Le SMR relève encore qu'un épisode dépressif moyen comme décrit le Dr. D\_\_\_\_\_ s'intègre parfaitement dans le contexte de trouble somatoforme douloureux et ne constitue pas en soi-même pas une incapacité de travail. Le SMR conclut « en conséquence, force et de constater que nous n'avons pas d'argument pour revenir sur la conclusion du 19.09.2008 du Dr. M\_\_\_\_\_. » Sur cette base, l'OCAI confirme le maintien de ses conclusions visant au rejet du recours et à la confirmation de la décision du 8 avril 2008.
45. Répondant à la prise de position de l'OCAI, le recourant relève qu'il appert clairement que le SMR ne discute pas, dans sa détermination, des positions très fermes des Drs D\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_. « A titre d'exemple, le Dr. N\_\_\_\_\_ ne revient en rien sur l'évolution des problèmes somatiques de

Monsieur S\_\_\_\_\_ soulevés par le Dr. H\_\_\_\_\_. Les commentaires du SMR sur les audiences d'enquêtes sont donc extrêmement brefs et se limitent à discuter de l'ampleur des seuls problèmes psychiques de Monsieur S\_\_\_\_\_, indépendamment de l'état de santé global du requérant à considérer pour déterminer sa capacité de travail actuelle. Dans ce cadre, le SMR admet en outre implicitement que l'état de santé psychique de Monsieur S\_\_\_\_\_ s'est détérioré depuis l'arrêt du tribunal cantonal des assurances sociales du 13 novembre 2003 qui n'avait retenu qu'un léger épisode dépressif (consid. 18 page 4). En effet, le SMR discute uniquement pourquoi un épisode dépressif sévère ne doit pas être retenu mais ne conteste pas l'existence d'un épisode dépressif moyen. » Le recourant précise encore : « En l'espèce, il doit être retenu que le rapport du SMR du 28 janvier 2008 était exclusivement un examen psychiatrique basé sur un entretien ayant duré en tout et pour tout une heure et demie. Ainsi, les conclusions sur la capacité de travail exigible ne sont retenues qu'à la lumière des problèmes de santé psychiques du recourant, ce qui n'est pas admissible. » Enfin le recourant maintient l'ensemble de ses conclusions.

46. Interpellé, suite à la détermination du recourant, l'OCAI n'a pas formulé de remarques.

### **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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).
2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
3. Constatant que la décision, datée par erreur du 11 février 2008, date qui correspondait à la date de la notification du projet de décision, et envoyée en pli simple et non en recommandé, le Tribunal considère que la décision a été reçue par le recourant le 10 avril 2008. En conséquence, déposé dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de déclarer le recours recevable.
4. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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 litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'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 litigieuse, du 10 avril 2008, de même que les faits à la base de la présente cause, sont postérieurs à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> 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 4<sup>ème</sup> révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

5. Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).
6. Est litigieux le droit du recourant à une rente entière d'invalidité depuis octobre 1997.
7. Par décision du 18 juin 2001, l'OCAI avait fixé le taux d'invalidité du recourant à 32,10% et avait refusé toute prestation AI. Le 19 juillet 2001, l'assuré avait interjeté recours contre cette décision. Par arrêt du 13 novembre 2003, le Tribunal de céans a rejeté le recours en retenant notamment un taux d'invalidité ressortant de la comparaison des revenus de 35%.
8. Le 7 janvier 2005 (reçue le 12 janvier 2005), le recourant a déposé une demande de prestations en invoquant notamment une modification importante des circonstances propres à déterminer le degré d'invalidité. Par décision du 10 avril 2008, l'OCAI a refusé tout droit à des prestations de l'AI.
9. Il convient en l'occurrence de déterminer le droit aux prestations du recourant, singulièrement à une rente entière d'invalidité.

Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1<sup>er</sup> LPGA).

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). 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 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> 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 294 consid. 4c *in fine*).

Dans son certificat médical du 14 avril 2008, le Dr. H\_\_\_\_\_ fait état d'un diagnostic de troubles douloureux somatoformes persistants, diagnostic que ce médecin a confirmé lors de son audition du 2 juin 2009.

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 *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 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 maladif 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).

10. Au sujet des critères relatifs au caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux persistants, il y lieu de relever que, selon le Dr. D\_\_\_\_\_, le recourant souffre d'un état dépressif chronique d'une intensité moyenne, voire plus grave en fonction de sa situation, il n'y a aucune amélioration envisageable et la situation est irréversible. Pour sa part, le Dr. H\_\_\_\_\_ a relevé la présence de douleurs chroniques. Le Dr. G\_\_\_\_\_ relève, dans son rapport du 11 avril 2008 que son avis est le même que celui d'il y a un an, c'est-à-dire qu'étant donné la chronicité des plaintes et l'absence d'évidence clinique d'irritation radiculaire ainsi que de compression significative sur les derniers examens radiologiques, il est extrêmement peu probable que toute intervention soit efficace et que le recourant puisse reprendre le travail un jour. Ce dernier apparaît toutefois fortement handicapé par ses plaintes et, malgré le rejet de sa demande de prestations de l'AI, il se demande, dans l'état où il se présente lors de la consultation, comment il pourrait faire un travail même léger. En revanche, au sujet de son intégration sociale, le recourant a précisé, lors de son audition, qu'il avait de temps en temps des amis kosovars qui viennent chez lui et qu'il rencontre régulièrement. De plus le recourant participe également aux activités de son quartier.
11. En l'occurrence, il sied de constater que l'état dépressif du recourant est d'intensité moyenne, voire plus grave en fonction de la situation et ne fait l'objet que de prise d'antidépresseurs avec des consultations non régulières, soit parfois chaque mois, parfois chaque six semaines. En outre, au sujet des douleurs chroniques, une intervention chirurgicale n'a notamment pas été proposée et seul un traitement de physiothérapie et d'antalgiques a été prescrit.

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], 4<sup>e</sup> 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 352 consid. 3.3.1 *in fine* ; MEYER/BLASER, *op. cit.* p. 81, note 135).

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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3).

Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4<sup>ème</sup> édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2<sup>ème</sup> édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe

---

selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

12. En l'occurrence se trouvent au dossier des rapports médicaux des Drs J\_\_\_\_\_, K\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ ainsi que des Drs H\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ qui concluent notamment à une incapacité de travail du recourant.
13. Pour sa part, l'OCAI a procédé, par l'intermédiaire du SMR, à un examen psychiatrique, en date du 19 décembre 2007. Cet examen se limite à l'aspect psychiatrique de la situation du recourant sans examiner le volet somatique.
14. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGa), il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce; qu'elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation; que si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATFA non publié du 6 juillet 2007, U 316/2006, consid. 3.1.1); qu'en particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATFA non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4;
15. Par ailleurs selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire; qu'un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire; qu'il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206); qu'à l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87)
16. En l'espèce, il convient de constater que l'OCAI a limité sa mission d'examen à l'aspect psychiatrique du recourant sans approfondir le volet somatique. Il est donc pertinent d'inviter l'OCAI à soumettre le recourant à un examen neurologique et rhumatologique afin de déterminer le caractère invalidant des douleurs somatiques.

17. Il convient donc de constater que la décision refusant toute prestation n'est pas fondée sur une situation médicale correctement investiguée. En l'état, la décision litigieuse sera annulée, le dossier renvoyé à l'administration pour nouvelle instruction, dans le sens d'un examen pluridisciplinaire (neurologique et rhumatologique).
18. Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances, le recourant a droit à des dépens pour autant que les chances de succès du procès le justifient (ATF 110 V 57 consid. 2a ; RCC 1989 p. 318 consid. 2b). Bien que l'intimé ne se soit pas déterminé sur un complément d'instruction, il convient de relever que cette lacune a incité le recourant à agir par voie de recours. Des dépens seront donc alloués au recourant à hauteur de 1'500 fr.
19. Il sera, en l'état, renoncé à la perception d'un émolument.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision litigieuse du 10 avril 2008
3. Renvoie le dossier à l'OCAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 1'500 fr. à titre de dépens
5. Renonce à la perception d'un émolument.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière :

Irène PONCET

Le Président suppléant :

Georges ZUFFEREY

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