SRÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1604/2002 **ATAS/801/2004**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du mercredi 6 octobre 2004

2ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, représenté par Me Pascal JUNOD, en l'étude duquel il élit domicile.

Recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97 à Genève

Intimé

Siégeant : Mme Isabelle DUBOIS, Présidente, Mmes Doris WANGELER et Juliana BALDE, juges.

EN FAIT

1. Monsieur A_____, ressortissant kosovar, né en 1947, marié et père de sept enfants, est ouvrier maçon de profession et a émigré en Suisse en 1970. Le 25 novembre 1992, il a été victime d'un accident de chantier lui causant des contusions de la colonne lombaire ainsi qu'à la tête, et entraînant des douleurs lombaires et cervicales. Suite à cet accident, il a cessé toute activité professionnelle, et a été indemnisé par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après CNA).

2. En date du 12 janvier 1993, la Doctoresse L_____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à l'examen de l'assuré et relevé qu'aucune hernie ni protrusions discales n'étaient mises en évidence dans l'espace L2-L3, et que le canal rachidien était de dimensions normales. Il n'y avait pas d'arthrose interfacétaire, ni d'hypertrophie pédiculaire. Il en allait de même pour l'espace L3-L4. Concernant l'espace L4-L5, elle a relevé une protrusion discale postéro-médiane, une arthrose interfacétaire, une hypertrophie pédiculaire, mais pas de lésion traumatique. Dans l'espace L5-S1, elle a noté une hernie discale, comprimant le trou de conjugaison droit, associée à une protrusion discale hystéro-médiane, ainsi qu'une arthrose interfacétaire marquée, et une hypertrophie pédiculaire tout à fait nette. Toutefois, le canal rachidien était de dimension normale, et il n'y avait pas de lésion traumatique mise en évidence.

3. Par déclaration écrite du 16 août 1993, l'employeur de l'assuré, l'entreprise du bâtiment X_____, a attesté que ce dernier avait repris le même jour son travail d'ouvrier-maçon, mais qu'il avait dû l'interrompre une heure plus tard, « ses douleurs étant insoutenables », bien qu'il s'agisse d'un « travail léger » et qu'il manifestait une « réelle volonté de faire ».

4. L'intéressé a déposé une demande de prestations AI pour adultes le 13 septembre 1993, indiquant qu'il était en incapacité totale de travail du 25 novembre 1992 à ce jour.

5. Par courrier du 22 décembre 1993 adressé au Dr M_____, médecin généraliste FMH, concernant le séjour de l'assuré à la clinique de neuro-chirurgie du 9 décembre 1993 au 10 décembre 1993, les Drs N_____ et O_____ du département otho-ophtalmologie de l'hôpital cantonal universitaire de Genève (ci-après HUG) ont indiqué que son hospitalisation avait été causée par des lombo-sciatalgies prédominant à droite, mais qu'étant donné le « *caractère douteux de la clinique présenté par ce patient ainsi que l'absence de*

pathologie évidente », les médecins s'étaient abstenus de toute intervention chirurgicale.

6. Sur mandat de la CNA, la Clinique de réadaptation CNA de BELLIKON (ci-après la Clinique CNA) a rendu un rapport médical daté du 18 août 1994, suite au séjour de l'assuré du 20 juillet 1994 au 17 août 1994. Il a été diagnostiqué à l'entrée un syndrome douloureux lombo-spondylogène bilatéral, des céphalées chroniques, et des vertiges. Lors de la consultation psychosomatique, il a été décrit un état dépressif dysphorique avec craintes hypocondriaques, un état régressif avec signes de négligence et exagération hystériforme des douleurs chez un patient chargé de problèmes sociaux et familiaux. Compte tenu de la coopération difficile de l'assuré ne permettant pas un diagnostic différentiel, il a été renoncé à pratiquer un nouvel examen neuro-psychlologique. Ils ont relevé que, l'on avait décrit le 15 juillet 1993, de vraisemblables troubles fonctionnels neuro-psychologiques légers surtout hémisphériques droits, soit une légère tendance à la négligence à gauche. Ces manifestations neuro-psychologiques étaient attribuées à un léger trouble post-traumatique de la fonction cérébrale. Toutefois, l'évolution psycho-pathologique était à considérer comme une maladie autonome et, avec la plus grande vraisemblance, ne devait pas être considérée comme la suite d'altérations cérébrales organiques éventuelles.

   La Clinique CNA a encore relevé qu'il avait été noté de divers côtés et de manière répétée que l'assuré se déplaçait de manière entièrement normale lorsqu'il n'était pas observé, alors qu'il était gravement limité et très gêné par ses douleurs lors des examens médicaux.

   D'autre part, la Clinique CNA a noté qu'un examen neuro-otologique effectué le 4 mai 1994 avait montré une totale normalisation de la symptomatologie. En outre, le CT complémentaire de la colonne lombaire avait confirmé qu'il n'existait aucune pathologie discale, mais seulement une protusion au niveau L3/L4 et L4/L5. Il existait antérieurement une spondylolyse L5 sans spondylolisthésis. Toutefois, un an et demi après l'accident, les douleurs ressenties par l'assuré ne pouvaient plus lui être attribuées, et aucune amélioration n'était à espérer de la poursuite de la physiothérapie. Dès lors, il se justifiait de conclure le cas du point de vue de l'assurance-accident.

7. Par courrier du 21 septembre 1994, la CNA a informé l'intéressé qu'elle arrêtait le paiement de l'indemnité journalière et des soins médicaux au 30 septembre 1994, car il ne présentait plus dès cette date de troubles en relation avec l'accident du 25 novembre 1992. L'assuré n'a pas contesté cette décision qui est entrée en force.

8. Dans un rapport médical du 13 décembre 1994 adressé à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), le Dr P_____, médecin généraliste

FMH, a diagnostiqué chez l'assuré une lombathrose, un status après contusions de la colonne lombaire et du pouce droit le 25 novembre 1992, une obésité et une suspicion de sinistrose. Le Dr P_____ a notamment relevé le manque de collaboration de l'assuré dû à sa crispation lors des palpations. Il a noté que l'assuré était en incapacité de travail à 100% depuis le 25 novembre 1992 pour des raisons exclusivement médicales et que sa capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales, ni professionnelles.

9. En date du 3 avril 1995, le médecin-conseil de l'OCAI, a rédigé une note dans laquelle il a exposé que le comportement de l'assuré évoquait la présence d'une sinistrose, obstacle insurmontable à la réussite d'une réadaptation et se surajoutant à des connaissances scolaires limitées. Le médecin-conseil a reconnu l'assuré apte au travail dès le 22 août 1994, mais sans proposer de reclassement professionnel en raison d'une sinistrose.

10. Par décisions des 11 et 24 octobre 1995, l'OCAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité pour maladie de longue durée, assortie de rentes complémentaires pour épouse et enfants, limitées dans le temps, soit du 1er novembre 1993 au 30 septembre 1994, en précisant qu'il examinait le règlement des arriérés avec la demande de compensation de l'assurance-accident. L'OCAI a aussi expliqué qu'il n'avait aucune raison de s'écarter de la décision de la CNA du 21 septembre 1994 qui avait arrêté le paiement de l'indemnité journalière et des soins médicaux au 30 septembre 1994, considérant que l'assuré ne présentait dès cette date plus de troubles en relation avec l'accident du 25 novembre 1992. L'assuré n'a pas contesté ces décisions qui sont entrées en force.

11. Par courrier du 12 avril 1996, l'assuré a requis un réexamen de son cas, requête rejetée faute d'éléments médicaux nouveaux plaidant pour une aggravation de son état de santé.

12. Dans un projet de décision du 6 janvier 1997, l'OCAI a exposé qu'il considérait que l'assuré présentait une capacité de travail complète dans son métier de maçon du 30 septembre 1994 à ce jour.

13. Dans une note du 30 septembre 1996, le médecin-conseil de l'OCAI a indiqué que les examens radiologiques effectués en 1993 mentionnaient la présence d'une hernie discale et d'une arthrose interfacétaire comme éléments complémentaires à ceux de l'accident, mais que ce diagnostic n'était pas confirmé par le Professeur Q_____, spécialiste FMH en neurologie, dans son rapport du 5 août 1994 qui retenait une protusion discale L3-L4 et L4-L5 avec une spondylolyse de L5 sans spondylolisthésis. Le médecin-conseil a fait également allusion à l'évaluation de la Clinique CNA datée du 18 août 1994 sur mandat de la SUVA, qui avait retenu « *un état de dépressif dysphorique et régressif avec signes de négligence et*

d'exagération hystériforme », et relevé que l'évaluation du rachis ne permettait pas de retenir une incapacité de travail.

14. En date du 18 novembre 1996, les Drs R_____ et S_____, spécialistes FMH en neurologie, de la division de médecine physique et rééducation des HUG, ont rendu un rapport d'expertise AI. Ils ont diagnostiqué un syndrome douloureux chronique, probablement sans réelle atteinte neurologique, et confirmé le diagnostic de sinistrose. Ils ont exposé que l'incapacité de travail de l'assuré était de 0% depuis la date de son accident, qu'une tentative de reprise de travail à 50% en début 1993 s'était soldée par un échec après un mois, qu'une nouvelle tentative toujours à 50% avait eu lieu au mois de juin 1993 et avait été interrompue après douze jours déjà. Ils ont expliqué qu'une reprise de travail paraissait difficile dans ce contexte, et que l'arrêt de l'activité n'avait apporté aucune modification des symptômes.

15. Dans une note datée du 18 décembre 1996, le médecin-conseil de l'OCAI, a fait état d'une conversation téléphonique avec la Doctoresse S_____ en complément de l'expertise médicale précitée. Selon celle-ci, la motivation de l'assuré pour un reclassement ou la reprise du travail était très réduite. La Doctoresse S_____ a exposé qu'elle avait eu le sentiment que l'assuré cherchait à démontrer des handicaps qui n'existaient pas objectivement en exagérant manifestement dans le but d'obtenir des avantages secondaires, raison pour laquelle elle avait parlé de sinistrose. Elle a signalé également que l'assuré était peu scolarisé et connaissait mal le français, mais comprenait les ordres simples. Appréciant l'expertise médicale de la Doctoresse S_____, le médecin-conseil a conclu que l'assuré ne présentait pas d'incapacité de travail reconnue dans le métier exercé, et qu'un reclassement n'était pas justifié.

16. En date du 15 janvier 1997, le Dr P_____, a établi une attestation médicale indiquant que l'assuré était dans l'incapacité d'exercer son activité de maçon pour raisons médicales depuis le mois de janvier 1994.

17. L'assuré a à nouveau déposé le 14 octobre 1997 une demande de prestations AI. Il a indiqué souffrir de problèmes à la colonne vertébrale, soit de douleurs lancinantes qui rendaient nulle sa capacité de travail, et ce depuis son accident de novembre 1992.

18. Sa demande de révision a été derechef rejetée par l'OCAI par décision du 6 août 1998, au motif qu'il n'existait pas d'éléments médicaux nouveaux indiquant une aggravation de son état de santé.

19. Par l'intermédiaire du Dr T_____, spécialiste FMH en médecine interne, l'intéressé a, pour la troisième fois, requis une révision de son droit à la rente en date du 19 novembre 1998.

20. En date du 3 mai 1999, le Dr T_____, a rédigé un rapport médical a l'attention de l'OCAI et diagnostiqué chez l'assuré un status post-traumatique, un syndrome douloureux chronique, des troubles psychiatriques avec possible sinistrose. Il a estimé qu'une expertise psychiatrique serait d'une grande utilité dans le cas d'espèce et indiqué que son incapacité de travail était totale à partir du 10 mai 1993.

21. Sur mandat de l'OCAI, le Professeur U_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu une expertise médicale datée du 12 novembre 2000. Il a diagnostiqué que l'assuré était faiblement scolarisé, à la limite de l'illettrisme, mais ne présentait pas d'affection psychiatrique capable d'expliquer le comportement reporté à sa douleur. Il a précisé qu'il ne s'agissait pas d'une névrose de compensation, et que le léger contexte dépressif n'était que réactionnel. Il a précisé que la douleur de l'assuré, présentée avec les moyens dont il dispose pour l'exprimer, était réelle, bien que ses manifestations étaient exagérées et ne s'accordaient pas avec la réalité du constat neurologique. Il a relevé chez l'assuré un retard mental léger, une absence de troubles du comportement ou des troubles du comportement non significatifs, un épisode dépressif léger, une absence de syndrome somatique au sens psychiatrique du terme.

    Répondant précisément au questionnaire de l'OCAI, le Professeur U_____ a expliqué que l'assuré ne présentait pas d'affection psychiatrique connue qui puisse expliquer son comportement actuel, et que son incapacité de travail était entière. En conclusion, le Professeur U_____ a fait remarquer que l'assuré était tout à fait incapable de travailler dans la situation actuelle et qu'une intervention au Centre de la douleur sur une période indéterminée était nécessaire pour contrôler les effets de traitements antalgiques, essentiellement pharmacologiques, et pour évaluer les conditions et éventualités de réussite d'une reprise du travail qui dépendaient d'un traitement pharmacologique strictement suivi. Quoiqu'il en soit, une reprise de travail de l'assuré n'était ni envisageable ni exigible en l'état.

22. Suite à cette expertise, le médecin-conseil de l'OCAI a rédigé une note datée du 23 novembre 2000. Il a relevé que l'assuré ne présentait aucune pathologie grave du point de vue psychique ayant valeur d'invalidité pour l'AI. D'autre part, l'incapacité de travail de l'assuré était justifiée par la présence d'un état douloureux qui n'avait ni explication physique ni psychique. Le médecin-conseil

a souligné que l'expert ne prenait pas du tout en compte les comportement simulateurs de l'assuré constatés à plusieurs reprises.

23. Par courrier du 5 mars 2001 adressé au médecin-conseil de l'OCAI, le Professeur U_____ a exposé que l'incapacité de travail de l'assuré s'expliquait par l'existence d'une douleur réelle et persistante sans tentative de majoration de symptômes de ce dernier point, et n'a relevé aucun argument évoquant la probabilité d'un trouble factice. Il a exposé que les difficultés de collaboration de l'assuré, lequel parle, comprend mal le français et souffre de débilité mentale, pouvaient expliquer les discordances constatées par les somaticiens. Il a signalé que les critères de nature névrotique nécessaires à l'évocation d'un trouble somatoforme douloureux n'étaient pas présents chez l'assuré.

24. Dans une note complémentaire du 16 mars 2001, le médecin-conseil de l'OCAI a proposé de demander une consultation au Centre de la douleur des HUG afin de vérifier en particulier si un traitement antalgique essentiellement pharmacologique était nécessaire chez l'assuré.

25. En date du 12 octobre 2001, les Dresses V_____ et W_____, respectivement médecin cheffe de service et médecin associée responsable du Centre multidisciplinaire d'évaluation et du traitement de la douleur des HUG, ont rédigé un rapport médical adressé au médecin-conseil de l'OCAI, faisant suite à une consultation ambulatoire de l'assuré des 4 septembre et 1er octobre 2001. Les médecins ont diagnostiqué un syndrome somatoforme douloureux persistant, sans exclure une composante neurogène des douleurs au niveau « MI ». Elles ont relevé que le dossier de l'assuré devrait être clarifié pour permettre au patient de passer à une autre étape que l'attente de sa reconnaissance de malade victime, et qu'elles étaient frappées par l'état régressif massif du patient qui ne peut pas enfiler sa veste sans aide.

26. Dans une note du 29 octobre 2001, le médecin-conseil de l'OCAI a relevé que tous les médecins qui avaient examiné l'assuré du point de vue physique, avaient estimé qu'il était « inexaminable » vu son comportement. En effet, l'assuré cherchait à démontrer par tous les moyens une invalidité pour accident, car ce fait ne lui était pas reconnu. Il a relevé qu'un trouble somatoforme non accompagné de troubles physiques notables ou de troubles psychiques d'une certaine gravité n'avait pas valeur d'invalidité, et que son état de santé ne s'était pas modifié sur la base de faits objectifs, tout au plus, proposait-on d'autres diagnostics pour décrire la même situation.

27. Par projet de décision du 31 octobre 2001, l'OCAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait rejeter la nouvelle demande de prestations AI.

En procédure d'audition, l'assuré a contesté ledit projet, produisant notamment un courrier du 14 novembre 2001 du Dr P_____, médecin traitant, lequel expliquait que son état de santé s'était fortement altéré depuis 1992, à tel point qu'il était incapable de s'asseoir correctement, de se chausser lui-même, de tenir une conversation normale, pour différentes raisons médicales confirmées par une multitude d'examens de spécialistes, eux-mêmes confirmés par le rapport de la consultation de la douleur des HUG d'octobre 2001. L'état de santé de l'assuré ne lui permettait pas d'exercer une quelconque activité et tout recyclage semblait exclu. Pour cette raison, d'un point de vue médical, l'intéressé devrait toucher une rente AI.

28. Dans une note datée du 4 février 2002, le médecin-conseil de l'OCAI a souligné que le diagnostic de l'assuré était resté le même de 1997 à 2001, à savoir un trouble somatoforme douloureux, et que les répercussions fonctionnelles de ce trouble n'avaient pas changé**.** En effet, l'assuré était en 1997 dans « *une phase de régression profonde* » et, en 2001, il s'agissait d'un « *état régressif massif* » selon les HUG. Il s'agissait donc de la description d'un même état de santé. Le médecin-conseil a encore relevé qu'aucune collaboration de l'assuré, ni amélioration de son état de santé n'étaient envisageables, du moment que celui-ci attendait une reconnaissance de son état de malade victime, terme utilisé par les HUG dans son rapport du 12 octobre 2001.

29. Par décision du 12 mars 2002, l'OCAI a estimé qu'une révision du droit à la rente ne se justifiait pas en l'absence d'une modification de l'état de santé de l'assuré.

30. Dans son recours du 26 avril 2002, l'assuré a contesté ne pas avoir droit à une rente. Il a allégué que son état de santé ne lui permettait pas de travailler et demandé à ce qu'une nouvelle expertise médicale impartiale et jointe d'un traducteur compétent en matière médicale soit ordonnée afin de déterminer avec exactitude son état de santé actuel. En effet, il a estimé que l'OCAI lui avait arbitrairement refusé l'octroi d'une rente au motif de l'absence de faits nouveaux en se basant sur d'anciens rapports médicaux.

31. Par préavis daté du 18 juin 2002, l'OCAI a estimé que l'état de santé du recourant ne s'était pas modifié depuis la décision initiale du 11 octobre 1995, et qu'aucun élément nouveau ne permettait d'admettre une aggravation. L'OCAI a exposé que la demande d'une nouvelle expertise médicale pour cause d'incompréhension de la langue semblait constituer un mauvais prétexte pour couvrir le manque de collaboration de l'assuré, relevé à plusieurs reprises lors de consultations médicales. L'OCAI a encore relevé qu'une telle expertise ne se justifiait pas, dans la mesure où les éléments médicaux réunis dans le cadre de l'instruction de la

demande démontraient qu'aucune aggravation significative de l'état de santé n'avait été objectivement décelée par rapport à la situation qui prévalait en 1995.

32. Par jugement du 28 novembre 2002, la Commission cantonale genevoise de recours en matière d'assurance-vieillesse et survivants (ci-après CRAVS) a annulé la décision du 12 mars 2002 et renvoyé le dossier à l'office recourant pour qu'il complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise médicale et rende une nouvelle décision.

33. Suite au recours de droit administratif au Tribunal fédéral des assurances sociales (ci-après TFA) de l'OCAI, le TFA, dans son Arrêt du 27 août 2003, a partiellement admis le recours, annulé le jugement litigieux, et renvoyé la cause au Tribunal cantonal des assurances sociales pour nouveau jugement. Le TFA a considéré que les éléments de nature médicale contenus dans les pièces du dossier, soit les nombreux rapports médicaux, étaient suffisants pour établir à satisfaction de droit les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la première décision en 1995, et pour déterminer ainsi si l'invalidité de l'assuré s'était aggravée depuis lors. Dès lors, le renvoi aux fins de procéder à une expertise était superflu.

34. A réception de cet arrêt, le Tribunal de céans a fixé un délai au recourant pour sa détermination. Dans son mémoire du 7 novembre 2003, l'assuré s'est déterminé sur la base des certificats médicaux figurant au dossier et a conclu à ce qu'il soit constaté que son état de santé s'était fortement péjoré depuis le 30 septembre 1994 et qu'il était invalide depuis le 19 novembre 1998, date du dépôt de sa demande de révision du droit à une rente de l'assurance-invalidité, sans que des troubles somatoformes ou une sinistrose ne soient mis en évidence.

    L'assuré a relevé que l'OCAI s'était basé, pour prendre sa décision du 24 octobre 1995, sur des rapports médicaux contradictoires, dans la mesure où le rapport de la Clinique CNA du 18 août 1994 concluait à son entière capacité de travail à partir du 22 août 1994, tandis que celui du Dr P_____ du 13 décembre 1994 concluait au contraire à une incapacité de travail totale depuis le 25 novembre 1992. Le recourant a fait remarquer que l'OCAI avait pris une décision d'octroi de rente limitée au 30 septembre 1994, sans expliquer sur quoi il se fondait pour considérer que son état de santé lui permettrait d'exercer une activité à 100% à partir de cette date. Par ailleurs, les rapports médicaux des Dr U_____ (12 novembre 2000 et 5 mars 2001), des HUG (12 octobre 2001), et du Dr P_____ (14 novembre 2001) démontraient qu'il souffrait de troubles physiques le rendant invalide à 100% et qu'il ne simulait pas ses douleurs. Dès lors, si comme le soutenait l'OCAI, il ne souffrait plus de troubles physiques de nature à le rendre invalide à 100% au 30 septembre 1994, il était démontré que

son état de santé s'était péjoré depuis lors, de sorte qu'à la date des nouvelles expertises médicales demandées par l'OCAI en 2000 et 2001, il était à nouveau invalide à 100%. Partant, l'OCAI lui avait arbitrairement refusé l'octroi d'une rente, alors même que sa demande de révision relevait de faits nouveaux.

35. Le Tribunal de céans a gardé la cause à juger en date du 17 novembre 2003.

36. Le Tribunal de céans a, par arrêt du 3 février 2004, admis le recours.

37. L'intimé a interjeté recours auprès du Tribunal fédéral des assurances (TFA) ; suite à l'annulation de l'élection des seize juges assesseurs du Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Genève par le Tribunal fédéral, le 27 janvier 2004, le TFA, par arrêt du 2 avril 2004, a annulé le jugement rendu par le Tribunal de céans et renvoyé la cause afin qu'il statue dans une composition conforme à la loi.

EN DROIT

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

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

   Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1er juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (arrêt 1P. 183/2004).

   C'est dans la composition prévue par l'art. 162 LOJ que le Tribunal de céans statue dans la présente cause.

2. Conformément à l'art. 3 al. 3 de la loi genevoise modifiant la loi sur l'organisation judiciaire (LOJ) du 14 novembre 2002, entrée en vigueur le 1er août 2003, la présente cause, introduite le 17 avril 2002 devant la Commission cantonale de

recours en matière d'AVS-AI, a été transmise d'office au Tribunal de céans (cf. art. 56 V al. 1 let. a ch.2 LOJ).

3. Interjeté dans les délais et forme légaux, le recours est recevable (art. 69 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (ci-après LAI; RS 831.20) et 84 de la loi fédérale sur l'assurance vieillesse et survivants (ci-après LAVS; RS 831.10) en vigueur au 31.12.02.

4. Le présent litige porte sur la comparaison de l'état de santé du recourant entre les premières décisions de l'OCAI des 11 et 24 octobre 1995 et la décision de l'OCAI du 12 mars 2002 refusant d'entrer en matière sur une révision, conformément aux instructions du TFA.

   L'art. 4 alinéa 1 aLAI stipule que l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumé permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299).

   Si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est pour l'avenir augmentée, réduite ou supprimée (art. 41 al. 1 aLAI). La révision a lieu d'office ou sur demande (art 87 al. 1 aRAI).

   Selon l'art. 48 al. 1 aLAI, le droit à des prestations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel elles étaient dues.

   La demande de révision doit établir de manière plausible que l'invalidité ou l'impotence de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art 87 al 3 aRAI).

   Selon l'article 87 alinéa 4 aRAI, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues au 3ème alinéa sont remplies.

   L'article 87 alinéa 4 aRAI vise à empêcher que l'administration ne doive, après le rejet passé en force d'une demande de rente, examiner à plusieurs reprises des demandes identiques, non motivées de manière plus précise, c'est-à-dire ne présentant pas de changement dans l'état de fait (RCC 1992, consid. 4b, p. 99 et suivantes).

Toutefois, si les conditions prévues à l'article 41 aLAI font défaut, la décision de rente ne peut être modifiée que d'après les règles applicables à la reconsidération de décisions administratives passées en force. Conformément à ces règles, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 122 V 21 ; ATF 121 V 4).

En outre, par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 122 V 21 consid. 3a, 138 consid. 2 c, 173 consid. 4 a, 272 consid. 2, 121 V 4 consid. 6 et les références).

En l'espèce, les décisions des 11 et 24 octobre 1995 de l'OCAI exposent qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de la décision de la CNA du 21 septembre 1994 qui a arrêté le paiement de l'indemnité journalière et des soins médicaux à l'assuré au 30 septembre 1994, considérant qu'il ne présentait dès cette date plus de troubles en relation avec l'accident du 25 novembre 1992.

La SUVA a basé sa décision du 21 septembre 1994 sur le rapport médical de la Clinique CNA daté du 18 août 1994. Celui-ci diagnostique chez l'assuré un syndrome douloureux lombo-spondylogène bilatéral, des céphalées chroniques et des vertiges. Il décrit un état dépressif avec craintes hypocondriaques, un état régressif avec signes de négligence et exagération hystériforme des douleurs chez un patient chargé de problèmes sociaux et familiaux. L'assuré présente également de vraisemblables troubles fonctionnels neuro-psychologiques légers surtout hémisphériques droits, soit une légère négligence à gauche. Ces manifestations sont attribuées à un léger trouble post-traumatique de la fonction cérébrale, mais cette évolution psycho-pathologique est à considérer comme une maladie autonome et non pas comme la suite d'altérations cérébrales organiques éventuelles. Toutefois, un examen neuro-otologique a montré une totale normalisation de la symptomatologie. Par ailleurs, il n'existe pas de pathologie discale, mais seulement une protusion au niveau L3/L4 et L4/L5. La Clinique CNA a conclu que les douleurs ressenties par l'assuré un an et demi après l'accident ne peuvent lui être attribuées, et aucune amélioration n'est à espérer de la poursuite de la physiothérapie, de sorte qu'il se justifie de clore le cas du point de vue de l'assurance-accident.

Par ailleurs, la Clinique CNA a émis à demi-mot l'hypothèse que l'assuré simule ses douleurs, dans la mesure où il est relevé qu'il se déplace de manière

entièrement normale lorsqu'il n'est pas observé, alors qu'il est gravement limité par ses douleurs lors des examens médicaux.

Pour sa part, le Dr P_____, qui a relevé une mauvaise collaboration de l'assuré, a diagnostiqué le 13 décembre 1994 une lombarthrose, un status après contusions de la colonne lombaire et du pouce droit en novembre 1992. Il a noté que l'assuré est en incapacité de travail totale depuis le 25 novembre 1992 pour des raisons exclusivement médicales et que sa capacité de travail ne peut pas être améliorée par des mesures médicales ou professionnelles.

Suite aux décisions de l'OCAI des 11 et 24 octobre 1995, de nombreux médecins et experts médicaux se sont succédés pour décrire l'état de santé de l'assuré.

Ainsi, pour les Drs R_____ et S_____, dans leur rapport du 18 novembre 1996, l'assuré présente un syndrome douloureux chronique, probablement sans réelle atteinte neurologique, et une sinistrose. Le Dr T_____ relève le 3 mai 1999 un status post-traumatique, un syndrome douloureux post-traumatique, un syndrome douloureux chronique, des troubles psychiatriques avec possible sinistrose. Le Professeur Jacques U_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et mandaté par l'OCAI pour effectuer une expertise, expose les 12 novembre 2000 et 5 mars 2001 que l'assuré ne présente pas d'affection psychiatrique capable d'expliquer le comportement reporté face à la douleur, laquelle est réelle et persistante, sans tentative de majoration de symptômes ni trouble factice, bien que ses manifestations soient exagérées et ne s'accordent pas avec le constat neurologique. Il relève encore un retard mental léger, une absence de troubles du comportement, un épisode dépressif léger et une absence de syndrome somatique au sens psychiatrique du terme. Il précise que les critères de nature névrotique nécessaires à l'évocation d'un trouble somatoforme douloureux ne sont pas présents chez l'assuré. Quant à ses difficultés de collaboration, elles s'expliquent par le fait qu'il comprend et parle mal le français et souffre de débilité mentale, pouvant expliquer des discordances constatées par les somaticiens. Les Dresses W_____ et V_____ du Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des HUG ont diagnostiqué le 12 octobre 2001 un syndrome somatoforme douloureux persistant, sans exclure une composante neurogène des douleurs au niveau « MI ». Elles ont indiqué être frappées par son état régressif massif, puisqu'il ne parvient pas à enfiler seul sa veste. Le Dr P_____ a encore déclaré le 14 novembre 2003 que l'état de santé de l'assuré s'est fortement altéré depuis 1992 au point qu'il est incapable de s'asseoir correctement, de se chausser lui-même, de tenir une conversation normale. Il faut relever encore que les Dresses R_____ et S_____ (18 novembre 1996), le Dr T_____

(3 mai 1996), le Professeur U_____ (12 novembre 2000 et 5 mai 2001) et le Dr P_____ (14 novembre 2001) ont tous indiqué que l'assuré est totalement incapable d'exercer toute activité professionnelle, en faisant, pour la plupart, remonter cette incapacité aux suites de l'accident de novembre 1992.

5. A titre liminaire, il faut relever une incohérence dans le raisonnement de l'OCAI découlant des décisions litigieuses des 11 et 24 octobre 1995, lequel s'est fondé sur la décision de la CNA du 21 septembre 1994 pour considérer que l'assuré ne présente plus d'empêchement de travailler à partir du 30 septembre 1994, sans prendre en considération le rapport du Dr P_____ qui relève pourtant, le 13 décembre 1994 déjà, que l'assuré reste en incapacité totale de travail depuis l'accident du 25 novembre 1992 pour des raisons exclusivement médicales, et que sa capacité de travail ne peut pas être améliorée par des mesures médicales ou professionnelles.

Or, l'OCAI n'était pas autorisé à écarter sans autre le rapport du 13 décembre 1994 du Dr P_____, même si celui-ci s'était prononcé à titre de médecin-traitant de l'assuré, et que les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988, page 504), car ce rapport conservait néanmoins une certaine force probante.

A relever également que la Clinique CNA avait noté le 18 août 1994 que l'assuré présentait « de vraisemblables troubles fonctionnels neuro-psychologiques légers, surtout hémisphériques droits, soit une légère tendance à la négligence à gauche » et que ces manifestations neuro-psychologiques étaient attribuées à un léger trouble post-traumatique de la fonction cérébrale, dont « l'évolution psycho-pathologique était à considérer comme une maladie autonome » et non pas comme la suite d'altérations cérébrales organiques éventuelles. La SUVA en avait conclu à juste titre que ces affections ne relevaient pas de l'assurance-accident.

Or, la notion d'invalidité utilisée dans l'assurance-invalidité correspond en principe à celle retenue dans l'assurance accidents obligatoire (et dans l'assurance militaire), raison pour laquelle l'évaluation de l'invalidité, même si elle doit être faite en principe de manière indépendante dans chaque branche d'assurance, doit normalement conduire au même résultat lorsque l'atteinte à la santé est la même (VSI 2001 consid. 2a p. 81)

Toutefois, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (TFA), des divergences ne sont pas à exclure d'emblée (voir ATF 119 V 471 consid. 2b). L'estimation de l'invalidité d'une assurance sociale ne doit en effet pas être

considérée comme déterminante si elle repose sur une erreur de droit ou si elle procède de l'exercice non soutenable d'un pouvoir d'appréciation. De même, le degré d'invalidité admis par une assurance-accidents doit demeurer sans effets lorsqu'il se base seulement sur une transaction (VSI 2001 consid. 2b 81s; 112 V 175 consid. 2a ; RCC 1987 397).

Dans le cas particulier, l'OCAI aurait dû prendre en considération les « troubles fonctionnels neuro-psychologiques légers, surtout hémisphériques droits, soit une légère tendance à la négligence à gauche », évoluant sous forme de maladie autonome, car ces troubles relevaient du champ d'application de la LAI, soit de l'art. 4 aLAI. L'OCAI a donc manifestement erré en s'en rapportant entièrement à la décision de la CNA du 21 septembre 1994 pour juger, dans ses décisions des 11 et 24 octobre 1995, que l'assuré possédait dès le 30 septembre 1994 une pleine capacité de travail, sans prendre en considération, ni le rapport médical du Dr P_____ du 13 décembre 1994, ni les troubles de la santé relevés par la Clinique CNA en date du 18 août 1994.

Dans la mesure où les décisions des 14 et 22 octobre 1995 sont entrées en force de chose décidée, on peut s'interroger de savoir si elles sont « sans nul doute erronées » au sens de la jurisprudence précitée (ATF 122 V 21 ; ATF 121 V 4) et devraient donc faire l'objet d'une révision procédurale. Cette question peut néanmoins rester ouverte au vu de l'issue qui sera donnée au litige.

6. Pour ce qui concerne plus précisément la comparaison entre l'état de santé de l'assuré avant et après les décisions de l'OCAI des 11 et 24 octobre 1995, il faut d'emblée écarter le diagnostic de sinistrose, tel que retenu par les Dr P_____ (13 décembre 1994), R_____ et S_____ (18 novembre 1996) et T_____ (3 mai 1999), vu l'expertise du Dr U_____ des 12 novembre 2000 et 5 mars 2001.

Selon la jurisprudence du TFA, les névroses de revendication, dites aussi d'appétence ou d'assurance, ou bien encore sinistroses ne sont pas assurées. Elles procèdent d'une carence de la volonté ou d'une anomalie mentale de l'intéressé, auxquelles l'événement assuré donne le prétexte de se manifester. Dans ce sens, elles sont bien une conséquence d'un accident ou d'une maladie, mais elles n'y sont pas liées par un rapport de causalité adéquate : trop de particularités étrangères à l'événement interviennent, qui le relèguent à un rôle très secondaire. L'assuré atteint de ce type de névrose ne parvient pas à sortir du rôle d'invalide, qu'il justifie par une infirmité inexistante ou dont il exagère les effets. Ses mobiles – inconscients – peuvent être, par exemple, le désir de s'enrichir par des prestations d'assurance, de porter préjudice à une société qu'il rejette, de laisser libre cours à sa paresse, de se venger de l'auteur de l'accident, etc. Contrairement

au simulateur, qui se fait une juste représentation de la réalité, il en est venu à croire à ses maux imaginaires et à les ressentir vraiment. Il s'agit donc bien d'une véritable névrose, mais dont l'assurance sociale ne peut, sous peine de provoquer des abus insupportables, couvrir les conséquences (ATFA 104 V 27 ; cf. MAURER, « Recht und Praxis der schweizerischen obligatorischen Unfallversicherung » 2e éd. p. 255 ss ; ATFA 1950, p. 77 ; 1960, p. 260, ATF 100 V 17 ainsi que les arrêts non publiés Bandelier du 11 décembre 1963 et Cescato du 1er octobre 1969).

Or, Dans le cas particulier, le diagnostic de sinistrose (« névrose de compensation ») a été expressément écarté par l'expert psychiatre mandaté par l'OCAI, le Prof. U_____, dans son expertise du 12 novembre 2000, et cet avis médical doit être suivi, car il est d'une force probante manifestement supérieure aux autres rapports médicaux présents dans le dossier, du fait de la spécialisation en psychiatrie du Professeur U_____, qu'il s'agit en l'occurrence, s'agissant de la sinistrose, d'une affection psychiatrique, et qu'il est intervenu au titre d'expert en produisant un rapport complet et bien argumenté.

Dans leur rapport du 12 octobre 2001, les Dresses W_____ et V_____ ont diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux.

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATF 120 V 119). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160).

A cet égard, la doctrine a décrit en détail la tâche de l'expert médical, lorsque celui-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant de troubles somatoformes. Selon Mosimann, sur le plan psychiatrique, l'expert doit poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur la gravité de l'affection. Il doit évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assuré d'une activité lucrative. Ce pronostic tiendra compte de divers critères, tels une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, une comorbidité psychiatrique, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale, un éventuel profit tiré de la maladie, le caractère chronique de celle-ci sans rémission durable, une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution, l'échec de traitement conformément aux règles de l'art. Le cumul des critères précités fonde un pronostic défavorable. Enfin, l'expert doit s'exprimer sur le cadre psychosocial de la personne examinée. Au demeurant, la recommandation de refus d'une rente doit également reposer sur différents

critères. Au nombre de ceux-ci figurent la divergence 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 (MOSIMANN, Somatoforme Störungen : Gerichte und psychiatrische Gutachten, RSAS 1999, p. 1 ss et 105 ss, VSI 2000 p. 1555, ATFA n° I 229/01 Mh du 9 octobre 2001).

Le Tribunal fédéral des assurances a encore souligné qu'on ne saurait reconnaître l'existence d'une incapacité de travail résultant d'un syndrome douloureux sur la base d'éléments qui entrent certes dans les critères déterminants susceptibles de justifier une incapacité de travail mais qui, chez la personne expertisée, se manifestent sous une forme atténuée. Pour admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, encore faut-il que celui-ci revête un minimum de degré de gravité (ATFA n° I 759/01 du 20 septembre 2002).

Or, dans le cas particulier, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a été expressément écarté par le Professeur U_____ dans son expertise des 12 novembre 2000, précisée le 5 mars 2001, pour lequel l'assuré présente « une absence de syndrome somatique au sens psychiatrique du terme ». Pour les raisons déjà exposées supra, le Tribunal de céans suivra les conclusions du Professeur U_____, d'une force probante supérieure à celles des Dresses W_____ et V_____.

Il faut aussi écarter l'allégation selon laquelle l'assuré présenterait des troubles factices ou simulés au sens entendu ou suggéré par la Clinique CNA (rapport du 18 août 1994), et les Dr P_____ (13 décembre 1994), R_____ et S_____ (18 novembre 1996), et W_____ et V_____ (12 octobre 2001). Selon ces derniers, en effet, l'assuré présente une exagération hystériforme des douleurs, coopère difficilement, ce qui rend difficile un diagnostic différentiel, se crispe à la palpation, se déplace normalement lorsqu'il n'est pas observé, mais difficilement lors des examens médicaux, et montre un état régressif exagéré. Ces différents diagnostics sont battus en brèche par le Professeur U_____ dans son expertise du 12 novembre 2000, précisée le 5 mars 2001, pour qui la douleur de l'assuré, présentée avec les moyens dont il dispose pour l'exprimer, est bien réelle, bien que ses manifestations soient exagérées et qu'elles ne s'accordent pas avec la réalité du constat neurologique. Pour les raisons déjà exposées supra, le Tribunal de céans suivra l'avis du Professeur U_____.

Il faut par contre souligner que les Dresses R_____ et S_____ (rapport du 18 novembre 1996) et le Dr T_____ (rapport du 3 mai 1999) ont diagnostiqué chez l'assuré un « syndrome douloureux chronique », ce qui confirme le diagnostic du Prof. U_____ du 12 novembre 2000, selon lequel l'assuré souffre de « douleurs » non simulées.

Il faut relever également que, dans le tableau clinique de l'assuré postérieur aux décisions de l'OCAI des 11 et 24 octobre 1995, l'assuré présente des affections corporelles chroniques (essentiellement sous la forme d'un syndrome douloureux chronique), un caractère chronique de la maladie sans rémission durable, une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables (les douleurs de l'assuré remontent à l'accident de novembre 1992), et un échec des traitements conformes aux règles de l'art. Par ailleurs, la recommandation du refus de rente doit reposer sur plusieurs critères qui ne sont pas présents chez l'assuré. Ainsi, si l'on s'en tient principalement à l'expertise du Prof. U_____ du 12 novembre 2000, il n'y a pas de divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé de l'assuré (car les manifestations de douleurs sont réelles, bien qu'exagérées), il n'y a pas d'absence de demande des soins (au contraire, l'intéressé ne cesse de consulter des médecins), ni de grandes divergences entre les informations fournies par l'intéressé et celles ressortant de l'anamnèse (le Prof, U_____ a d'ailleurs exposé que les difficultés de collaboration de l'assuré, lequel parle et comprend mal le français, et souffre de débilité mentale, peuvent expliquer les discordances constatées par les somaticiens), il n'y a pas de plaintes très démonstratives laissant l'expert insensible (le Prof U_____ les reçoit fort bien), ni enfin, d'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (l'assuré n'a plus aucune capacité de travail et son estime de soi en pâtit). L'assuré est également dans un état de régression avancée.

Dès lors, force est de constater que le syndrome douloureux dont souffre l'assuré, qui ne remplit ni les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, ni d'une sinistrose, et que la médecine est incapable de traiter, est invalidant au point que l'intéressé est entièrement incapable de travailler, de sorte que les conditions de l'article 4 aLAI sont manifestement réalisées dans le cas d'espèce, et qu'il a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité.

7. La décision sera annulée et le dossier renvoyé à l'OCAI pour nouvelle décision au sens des considérants. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens. Vu la longueur de la procédure et les dépens de Fr. 1'000 accordés par l'ancienne CRAVS, ils seront fixés à Fr. 2'000.

* * *

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.

3. Annule les décisions de l'OCAI des 11 et 24 octobre 1995 et renvoie le dossier à l'OCAI pour nouvelle décision au sens des considérants.

4. Condamne l'OCAI à verser au recourant, à titre de dépens, la somme de CHF 2'000.

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

Le greffier :

Monsieur Pierre RIES

La Présidente :

Mme Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste : Alain ACHER

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