RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1604/2002 **ATAS/643/2006**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

Du 11 juillet 2006

En la cause

Monsieur A_____, mais 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 : Isabelle DUBOIS, Présidente

Mesdames Doris WANGELER et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après le recourant), ressortissant kosovar, né en 1947, est ouvrier maçon de profession, et en Suisse depuis 1970.

2. Le 25 novembre 1992, il a été victime d'un accident de chantier qui lui a causé des contusions à la colonne lombaire ainsi qu'à la tête, et qui a entraîné 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 SUVA).

3. En date du 12 janvier 1993, la Doctoresse B_____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à l'examen du recourant 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 dimension normale. 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 aucune lésion traumatique n'était mise en évidence.

4. En date du 16 septembre 1993, le recourant a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE (ci-après OCAI), visant un reclassement dans une nouvelle profession.

5. Par courrier du 22 décembre 1993 adressé au Dr C_____, médecin généraliste FMH, concernant le séjour du recourant à la clinique de neuro-chirurgie du 9 décembre 1993 au 10 décembre 1993, les Drs J. ROSSIER et D. MAY, 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. Le recourant a fait, sur instruction de la SUVA, un séjour à la Clinique de réadaptation SUVA de BELLIKON (ci-après la Clinique SUVA) du 20 juillet 1994 au 17 août 1994. Ont été diagnostiqués : un syndrome douloureux lombo-spondylogène bilatéral, des céphalées chroniques et des vertiges. Lors de la consultation psycho-somatique, ont été décrits : un état dépressif dysphorique avec craintes hypocondriaques, un état régressif avec signes de négligence et une

exagération hystériforme des douleurs chez un patient chargé de problèmes sociaux et familiaux. Compte tenu de la coopération difficile du recourant ne permettant pas un diagnostic différentiel, il a été renoncé à pratiquer un nouvel examen neuro-psychlologique. Les médecins ont relevé 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. Il était encore relevé 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. 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.

7. Par courrier du 21 septembre 1994, la SUVA a informé le recourant qu'elle mettait fin au 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'OCAI, le Dr D_____, médecin généraliste FMH et médecin traitant du recourant, a diagnostiqué chez ce dernier une lombarthrose, 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 D_____ a notamment relevé le manque de collaboration du recourant dû à sa crispation lors des palpations. Il a noté que son patient 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 être améliorée ni par des mesures médicales, ni par des mesures professionnelles.

9. Par décisions des 11 et 24 octobre 1995, l'OCAI a octroyé au recourant une rente entière d'invalidité pour maladie de longue durée, assortie de rentes complémentaires pour épouse et enfants, limitée dans le temps, soit du 1er novembre 1993 au 30 septembre 1994, sur la base de la décision de la SUVA. Le recourant n'a pas contesté ces décisions qui sont entrées en force.

10. Par courrier du 12 avril 1996, puis à nouveau le 16 octobre 1997, le recourant a requis un réexamen de son cas. Un certain nombre de documents médicaux ont été collectés, en particulier une expertise du 18 novembre 1996, des Drs E_____ et F_____, spécialistes FMH en neurologie, de la division de médecine physique et rééducation des HUG. Ces médecins 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 du recourant était nulle depuis la date de son accident, qu'une tentative de reprise de travail à 50% au début de l'année 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.

11. Dans une note datée du 18 décembre 1996, le médecin-conseil de l'OCAI a fait état d'une conversation téléphonique avec la Doctoresse F_____ en complément de l'expertise médicale précitée. Selon celle-ci, la motivation du recourant pour un reclassement ou la reprise du travail était très réduite. La Doctoresse F_____ 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 F_____, 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.

12. Par décision du 6 août 1998, la demande de révision du recourant a été rejetée, au motif qu'il n'existait pas d'éléments médicaux nouveaux indiquant une aggravation de son état de santé. Cette décision est devenue définitive et exécutoire, faute de recours.

13. Par l'intermédiaire du Dr G_____, spécialiste FMH en médecine interne, le recourant a, derechef, requis une révision de son droit à la rente en date du 19 novembre 1998.

14. En date du 3 mai 1999, le Dr G_____ a rédigé un rapport médical à 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 l'incapacité de travail était totale à partir du 10 mai 1993.

15. Sur mandat de l'OCAI, le Professeur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise psychiatrique daté du 12 novembre 2000. Il a relevé 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 du recourant, 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 diagnostiqué 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.

16. Répondant à un questionnaire de l'OCAI, le Professeur H_____ a expliqué que l'assuré ne présentait pas d'affection psychiatrique connue qui puisse expliquer son comportement actuel, mais que son incapacité de travail était entière. En conclusion, une reprise de travail du recourant n'était ni envisageable ni exigible en l'état.

17. Par courrier du 5 mars 2001 adressé au médecin-conseil de l'OCAI, le Professeur H_____ a exposé que l'incapacité de travail du recourant s'expliquait par l'existence d'une douleur réelle et persistante sans tentative de majoration de symptômes, et n'a relevé aucun argument évoquant la probabilité d'un trouble factice. Il a exposé que les difficultés de collaboration du recourant, lequel parle et 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.

18. En date du 12 octobre 2001, les Dresses I_____ et J_____, 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 adressé au médecin-conseil de l'OCAI, faisant suite aux consultations ambulatoires du recourant 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 du recourant devrait être clarifié pour lui permettre de passer à une autre étape que l'attente de sa reconnaissance de malade victime. Elles étaient frappées par l'état régressif massif du patient qui ne peut pas enfiler sa veste sans aide.

19. 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.

20. 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 du recourant.

21. Dans son recours du 26 avril 2002, le recourant 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 avec 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.

22. Par préavis daté du 18 juin 2002, l'OCAI a estimé 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.

23. Par jugement du 28 novembre 2002, la COMMISSION CANTONALE DE RECOURS EN MATIÈRE D'ASSURANCE-VIEILLESSE ET SURVIVANTS, alors compétente, a annulé la décision du 12 mars 2002 et renvoyé le dossier à l'office pour qu'il complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise médicale et rende une nouvelle décision.

24. Suite au recours de droit administratif de l'OCAI, le TRIBUNAL FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES (ci-après TFA), par arrêt du 27 août 2003, a partiellement admis le recours, annulé le jugement litigieux, et renvoyé la cause au Tribunal de céans 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 du recourant s'était aggravée depuis lors. Dès lors, le renvoi aux fins de procéder à une expertise était superflu.

25. A réception de cet arrêt, le Tribunal de céans a fixé un délai au recourant pour sa détermination.

26. Dans son mémoire du 7 novembre 2003, le recourant 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 totalement invalide depuis le 19 novembre 1998, date du dépôt de sa demande de révision, des troubles somatoformes ou une sinistrose n'ayant pas été mis en évidence. Les rapports médicaux des Dr H_____ (12 novembre 2000 et 5 mars 2001), des HUG (12 octobre 2001), et du Dr D_____ (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.

Après transmission de cette écriture à l'office, la cause a été gardée à juger.

27. Par arrêt du 3 février 2004, le Tribunal de céans a admis le recours. Il a considéré qu'il fallait se fonder entièrement et uniquement sur l'expertise de Dr H_____, qui avait toute valeur probante. Celui-ci avait exclu le diagnostic de sinistrose, celui de trouble somatoforme ainsi que l'existence de troubles factices ou simulés. En revanche, le « syndrome douloureux chronique », diagnostiqué postérieurement aux décisions de 1995 et confirmé par l'expert, était invalidant au point que le recourant est entièrement incapable de travailler, de sorte que les conditions d'une aggravation de l'état de santé étaient remplies.

Par une erreur de plume, le Tribunal a annulé, dans son dispositif, les décisions de 1995 en lieu et place de celle du 12 mars 2002.

28. Par arrêt du 6 mars 2006, le TFA a admis le recours de l'OCAI et annulé l'arrêt susmentionné. Il a rappelé, « à toutes fins utiles, que du point de vue de l'assurance invalidité, sont seuls déterminants les effets de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et, partant, sur la capacité de gain du recourant. En soi, un diagnostic ne signifie pas encore qu'il existe une atteinte ayant valeur de maladie et des effets sur la capacité de travail et de gain. (…) Quant au diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants, controversé en l'espèce, il ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité, une présomption que de tels troubles ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible existant ».

29. Le Tribunal a convoqué les parties en comparution personnelle, le 11 avril 2006. Il a été prévu, à cette occasion, que le recourant pourrait déposer un rapport médical circonstancié de son médecin, afin d'éviter, cas échéant, le dépôt d'une nouvelle demande.

30. Selon le constat du Dr D_____ du 22 mai 2006, qui reprend les plaintes de son patient, l'examen clinique est rendu difficile par la raideur du patient et le manque de collaboration. Cependant l'examen de médecine générale est dans les limites de la norme. La capacité de travail est nulle.

31. Lors de l'audience du 27 juin 2006, l'office a indiqué ne pas pouvoir transiger dans cette affaire. Le recourant a renoncé à faire des observations complémentaires, et a renvoyé à ses écritures. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La compétence du Tribunal, la recevabilité du recours, et le droit applicable ont déjà été examinés dans l'arrêt du 3 février 2004. En particulier, il sera rappelé que le cas d'espèce demeure régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467, consid. 1, 121 V 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA).

2. Il sera rappelé également que le présent litige porte sur la comparaison de l'état de santé du recourant entre les décisions de l'OCAI des 11 et 24 octobre 1995 -voire celle du 6 août 1998 et celle du 12 mars 2002 refusant d'entrer en matière sur une révision.

3. Les règles en matière de révision, sous l'ancien droit, sont les suivantes : 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). 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 la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Pour juger si un tel changement s'est produit, il faut comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de rente initiale avec les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2).

   Une évaluation simplement différente d'une situation qui est pour l'essentiel restée la même ne constitue pas un motif de révision (RCC 1987 p. 36).

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).

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).

4. En l'espèce, l'OCAI s'était référé à la décision de la SUVA du 21 septembre 1994 pour juger, dans ses décisions des 11 et 24 octobre 1995, que le recourant présentait dès le 30 septembre 1994 une pleine capacité de travail. Il a considéré qu'aucune aggravation, susceptible de modifier le droit à la rente, n'était survenue depuis lors.

Certes le médecin traitant déclare-t-il le contraire mais, d'une part, dans son dernier rapport de mai 2006, il n'en donne pas la justification clinique, et, d'autre part, l'avis du médecin traitant doit être pris avec retenue. En effet, selon la jurisprudence du TFA, pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67). Enfin, le médecin traitant a toujours attesté d'une totale incapacité de travail, on ne voit dès lors qu'elle puisse s'être aggravée.

L'expert, pour sa part, a confirmé la totale incapacité de travail du recourant, et a écarté toute suspicion de troubles factices ou de simulation, confirmant la réalité des douleurs du recourant. Il a cependant également exclu, de façon catégorique, tout trouble somatoforme douloureux au bénéfice d'un syndrome douloureux, retenant comme diagnostics un retard mental léger ainsi qu'un épisode dépressif léger qualifié de réactionnel. Comme le Tribunal l'a déclaré dans son précédent arrêt, l'expertise du Dr H_____ revêt une pleine valeur probante et doit par conséquent être suivie. On rappellera, en effet, qu'en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, judiciaire ou

diligenté par l'administration, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Il n'en découle cependant pas qu'il convient d'admettre une aggravation de l'état de santé du recourant. Au contraire, il faut relever d'une part que le retard mental léger diagnostiqué n'est pas à l'origine de la capacité de travail, et d'autre part que l'état dépressif léger n'est pas nouveau. Quant au syndrome douloureux, il n'apparaît pas qu'il s'agit d'une aggravation de l'état de santé par rapport aux années précédant 1995 ou 1998, mais plutôt de la pose d'un nouveau diagnostic, qui ne permet pas de réviser le droit à la rente, au vu de la jurisprudence susmentionnée (RCC 1987 p. 36).

Il sera rappelé, à toutes fins utiles, que selon le TFA 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, auxquelles le TFA assimile apparemment le syndrome douloureux, encore faut-il que celui-ci revête un minimum de degré de gravité (ATFA n° I 759/01 du 20 septembre 2002).

Or, comme on l'a vu, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a été expressément écarté par le Professeur H_____ dans son expertise des 12 novembre 2000, précisée le 5 mars 2001, l'expert indiquant que l'assuré présente « une absence de syndrome somatique au sens psychiatrique du terme ».

À noter que même s'il fallait se pencher sur l'examen des critères relatifs aux troubles somatoformes douloureux, et constater que certains sont effectivement remplis en l'espèce, on arriverait cependant à la conclusion que l'état de santé du recourant ne s'est pas aggravé. Il convient de rappeler que les douleurs dont souffre le recourant remontent à l'accident de novembre 1992.

5. Au vu de ce qui précède, force est de constater que la décision de refus de l'OCAI, du 12 mars 2002, doit être confirmée, et le recours rejeté.

* * *

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

1. Rejette le recours.

2. Dit que la procédure est gratuite.

3. 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 :

Pierre RIES

La Présidente :

Isabelle DUBOIS

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