RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1747/2003 **ATAS/474/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

3ème chambre

du 26 mai 2005

En la cause

Monsieur M_____, mais comparant par Me Pierre GABUS, en l'Etude duquel il élit domicile	recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, 1211 Genève 13	intimé

Siégeant : Madame Nicole DOURNOW, juge suppléante,

Mesdames Doris WANGELER et Juliana BALDE, juges.

EN FAIT

1. Né en mai 1959, d'origine portugaise, M_____, ci-après l'assuré, est marié. Il vit à Genève avec sa femme. Leurs deux enfants, nés respectivement en 1981 et 1984, vivent au Portugal.

2. L'assuré a travaillé à Genève, depuis 1986, en qualité de maçon et ce notamment auprès de l'entreprise X_____ S.A. du 17 mai 1993 au 8 novembre 1993, date à laquelle il a subi un accident de travail. Alors qu'il oeuvrait sur un pont, avec un marteau-piqueur, il a glissé et déséquilibré, a heurté un mur. Il n'a pas fait de chute mais a ressenti une violente douleur dans le dos. Consulté, le Dr A_____ a diagnostiqué une contracture musculaire et un blocage lombaire ainsi qu'une forte sensibilité et une raideur de la nuque. Un examen radiologique a établi un pincement en L5-S1, une inversion de la courbure cervicale et des troubles en C5-C6. Le Dr G. A_____ a conclu à une incapacité de travail à 100% pour une durée probable de trois à quatre semaines. Toutefois, ce délai échu, l'incapacité totale de travailler a continué.

3. Le 10 mai 1994, le Dr B_____, chef de clinique adjoint au Service de neurochirurgie de l'Hôpital cantonal universitaire de Genève, a examiné l'assuré et décelé un discret syndrome vertébral tant cervical que lombaire sans signe de compression radiculaire. L'examen neurologique était normal. Le bilan radiologique montrait des discopathies, avec saillies en C5-C6 et C7-D1, venant au contact du fourreau dural mais sans compression. Au niveau lombaire, il n'y avait pas de trouble majeur. Devant l'absence de signes radiculaires, un traitement conservateur a été proposé sous forme d'un séjour à la clinique de Bellikon. Il a été effectué du 16 juin au 20 juillet 1994.

4. Le 22 novembre 1994, le Dr. C_____ de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (ci-après, SUVA), spécialiste FMH en chirurgie et orthopédie, a établi un rapport selon lequel l'état de santé du patient était stationnaire en l'absence de lésions traumatiques objectivées. L'action délétère de l'accident devait être considérée éteinte. Ce médecin suspectait fortement une exagération de l'assuré dans ses plaintes, compte tenu des variations d'amplitude très nettes observées à différents niveaux lors des examens. L'assuré lui ayant en fin d'entretien fait part d'accidents antérieurs, il a recherché les antécédents de l'intéressé, et trouvé cinq dossiers sur la base desquels il a procédé à un complément d'examen. Il a conclu que le cas relevait de l'assurance maladie, voire devait être annoncé à l'assurance-invalidité.

5. Le 30 novembre 1994, l'assuré a déposé auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après, OCAI) une demande de prestations tendant à l'octroi de mesures de réadaptation ou d'une rente.

6. Par décision du 6 décembre 1994, la SUVA a supprimé le versement de ses prestations, avec effet au 11 décembre 1994, au motif que les troubles allégués n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident. L'intéressé et la caisse maladie suisse pour les industries du bois et du bâtiment et branches annexes (ci-après, CMBB) ont formé opposition à cette décision.

7. L'assurance perte de gain de l'assuré, la CMBB, a pris le relais de la SUVA et versé des indemnités journalières. Le salaire mensuel brut de référence retenu pour le versement de ses indemnités était, dès le 1er janvier 1995, de Fr. 4'347.- pour une moyenne mensuelle de 176 heures de travail.

8. Dans le cadre de la procédure d'opposition à la décision de la SUVA, trois rapports médicaux ont été rendus. Le Dr D_____, médecin-conseil de la CMBB, a examiné l'assuré. Dans son rapport du 2 février 1995, il a conclu à une incapacité totale de travail dans le secteur du bâtiment. Il a considéré possible une activité de substitution dans un métier avec une activité physique légère. Le Dr E_____, médecin-conseil de l'Office cantonal genevois de l'emploi, a, dans un rapport du 2 juin 1995, estimé la capacité de travail de l'assuré entière, dans un emploi adapté, dès le 1er juillet 1995. Dans un rapport du 20 juin 1995, le Dr F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, sans se prononcer sur la capacité de travail de l'intéressé, a mis en évidence une discordance entre les données subjectives et les éléments cliniques et radiologiques du cas. Il a confirmé les conclusions du Dr G. C_____ selon lesquelles le banal événement du 8 novembre 1993 n'avait entraîné qu'une aggravation limitée dans le temps d'un état antérieur préexistant (discopathies étagées). La pathologie que présentait le patient était d'étiologie dégénérative, et non pas traumatique.

9. La CMBB a versé des indemnités journalières jusqu'au 30 avril 1995, puis, sur recours devant le Tribunal administratif (ci-après, TA), elle a pris une nouvelle décision le 23 juin 1995 prolongeant le versement des indemnités jusqu'au 30 juillet 1995, date à laquelle elle a considéré, au vu du rapport de son expert, l'assuré capable d'exercer une activité légère ne demandant aucun effort physique.

10. Le 7 juillet 1995, la SUVA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et la CMBB. Le 24 juillet 1995, l'intéressé a recouru contre cette décision sur opposition devant le TA. Arguant d'une sinistrose, diagnostiquée par le Dr G_____, spécialiste FMH en médecine interne, mandaté par la CMBB, il a conclu au versement d'indemnités journalières pendant 720 jours et à la prise en charge de ses frais médicaux.

11. Dès août 1995, l'intéressé a perçu des indemnités de l'assurance chômage.

12. A la demande de l'OCAI, le médecin-traitant de l'assuré, le Dr Stéphane N_____, chirurgien orthopédique FMH, a, le 29 mars 1995, relevé un problème d'impotence fonctionnelle par la douleur, en présence de troubles dégénératifs

certainement pré-existants à l'accident et de ce fait ayant justifié que le cas soit reclassé en maladie.

13. Par décision du 16 avril 1996, le Tribunal administratif – TA - a confié une mission d'expertise au Professeur Thomas H_____, médecin-chef de la division de rhumatologie des HUG, lequel a rendu son rapport en date du 16 septembre 1996.

14. Par décision du 18 février 1997, le TA a joint les recours formés par l'assuré le 24 juillet 1995 contre la décision de la CMBB et le 5 octobre 1995 contre la décision sur opposition de la SUVA (causes A/890/1995-ASSU et A/1310/1995-ASSU). Il a retenu que l'intéressé était totalement incapable d'exercer la moindre activité professionnelle. Il a confirmé le bien-fondé de la décision de la SUVA d'arrêter ses prestations au 11 décembre 1994. Il a annulé la décision de la CMBB qu'il a invitée à recalculer les indemnités dues à l'assuré à compter du 31 juillet 1995.

15. Le 29 août 1997, le Dr I_____ a établi une note suite à l'arrêt du TA. Il a retenu l'absence d'incapacité de travail pour des raisons somatiques, les découvertes faites s'avérant tout à fait compatibles avec l'âge et n'ayant pas de caractère de gravité. Il a relevé que seules les plaintes douloureuses, par définition subjectives, et dont l'origine importe en principe peu pour l'AI, restaient susceptibles de justifier une incapacité de travail. Puis, ce médecin a formulé des questions avant d'ajouter, à la suite de la partie dactylographiée de sa note, une mention manuscrite selon laquelle l'expert psychiatre n'avait pas retenu de trouble psychique justifiant une incapacité de travail prolongée. Il a conclu qu'ainsi, sans atteinte physique suffisante ni psychique, l'assuré devait être considéré comme apte à travailler avec une capacité entière dans un poste adapté (plus léger).

16. La décision du TA du 18 février 1997 a été contestée par la CMBB devant le Tribunal fédéral des assurances qui, par arrêt du 9 mars 1998, l'a annulée en tant qu'elle concernait la CMBB (ATFA K 59/97 Co). La cause a été renvoyée au TA afin qu'il procède à une instruction complémentaire en s'entourant de l'avis d'un spécialiste en psychiatrie, lequel devait en particulier préciser si l'assuré souffrait d'une affection psychique ayant valeur de maladie et si celle-ci entraînait une incapacité de travail totale ou si le reclassement de l'assuré dans une profession convenant à ses aptitudes était encore raisonnablement exigible de sa part.

17. Sur mandat du TA du 8 juillet 1998, le Dr J_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a expertisé l'assuré. Dans son rapport d'expertise du 8 février 1999, il a précisé avoir examiné le patient les 19 et 27 novembre 1998 puis avoir pris connaissance des tests psychologiques pratiqués par Mme R_____, psychologue clinicienne, ASP/FSP. Il a exposé avoir lu attentivement le dossier mis à sa disposition par le TA et avoir contacté les Drs D. G_____, K_____ et L_____ ainsi que la SUVA et l'AI. Sur la base de cet ensemble d'informations et de ces constats, ajoutés aux siens propres, il a rappelé l'histoire médicale de l'assuré et passé

en revue ses cinq accidents. Il a rappelé les diagnostics des Drs M_____, B_____ ; le séjour à la clinique de Bellikon ; les conclusions des Drs C_____, D_____, F_____, G_____, du Professeur H_____, des Drs K_____ et L_____. Il a détaillé l'histoire personnelle et les antécédents médicaux de l'assuré, alors âgé de 39 ans, avant de noter les indications subjectives, les conclusions de l'examen psychiatrique, puis celles du test de Rorschach et TAT. Il a achevé ce rapport par une partie intitulée discussion et par les réponses aux questions du TA. Selon ces dernières, aucune pathologie psychiatrique, qu'elle soit banale ou grave, n'a pu être mise en évidence. Cette conclusion confirmait celle du Dr L_____, qui avait également examiné l'assuré. Selon le Dr J_____, les éléments de sinistrose - ou processus d'invalidation - présents devaient être compris à un niveau social et culturel et non médical. A cet égard, cet expert a relevé que l'assuré peut être décrit comme un passif, qu'il n'a suivi que cinq années d'école avant de travailler, dès l'âge de 14 ans, dans le bâtiment. Par ailleurs, il s'est déterminé sur le degré d'incapacité de travail de l'assuré depuis le 31 juillet 1995 en disant que, du point de vue médical, il n'y avait pas d'incapacité.

18. Dans un arrêt du 20 avril 1999, le TA a considéré l'expertise du Dr J_____ susmentionnée probante car fondée sur des examens approfondis, sur des tests, sur l'examen du recourant et sur l'anamnèse complète de celui-ci. Il a retenu la conclusion de l'expert selon laquelle l'assuré ne souffrait d'aucune affection psychiatrique ayant valeur de maladie. Il a en conséquence considéré que l'intéressé pouvait trouver un travail adéquat (ATA A/435/1998-ASSU).

19. Le 15 mars 2000, l'OCAI a notifié à l'assuré un projet de décision prononçant un refus de prestations. Il s'est référé à l'expertise du Dr J_____, du 8 février 1999, ainsi qu'à l'arrêt du TA, du 20 avril 1999, dans la cause opposant l'assuré à la CMBB, pour conclure à l'absence d'existence d'une affection psychique ayant valeur de maladie.

20. Le 28 juillet 2000, l'assuré a formulé ses observations suite à ce préavis négatif.

21. Le 13 novembre 2000, selon une appréciation du Dr I_____, l'assuré ne présentait, en l'état, aucun signe objectif pour une aggravation durable de son état de santé. Dans ce même document, il notait avoir contacté le médecin-traitant de l'intéressé selon lequel il n'y avait pas de changement dans l'état de santé de l'assuré.

22. Le 21 novembre 2000, le Dr N_____ a attesté que l'état de santé de l'assuré avait toujours été très précaire et qu'il était très souffrant avant d'exposer que lors de sa dernière consultation du 27 septembre 2000, l'état était stationnaire et mauvais. Selon lui, les maux dont souffrait l'assuré n'étaient pas d'origine psychique. Fort de cet avis, le Professeur H_____ a le 9 avril 2001, confirmé l'absence d'incapacité de travail du point de vue physique et psychique. Il a toutefois admis une incapacité de travail pour des raisons psychosociales.

23. L'assuré a, le 1er avril 2001, consulté à la Division des Urgences Médicaux-Chirurgicales (DUMC) au motif qu'il ressentait des douleurs cervicales insupportables accompagnées de céphalées et de nausées. Le Dr Djamal P_____ a diagnostiqué une cervicalgie, cervico-brachialgie gauche. Il n'a pas prescrit d'arrêt de travail. Il a, pour le suivi, renvoyé le patient à son médecin-traitant.

24. Le 17 septembre 2001, le Dr I_____ a établi une note manuscrite dans laquelle il s'est prononcé sur une apparente contradiction relevée par l'assuré en donnant une explication rationnelle, savoir l'indication par l'expert qu'il est en pleine capacité de travail, - donc un constat de ce qui se passe, un fait, - et le constat, par ce même expert, que cette incapacité de travail ne relève pas d'un problème médical. Cette note mentionne par ailleurs que l'assuré ne voulait pas de mesures professionnelles.

25. Le 24 janvier 2002, un recours pour déni de justice a été déposé par l'assuré auprès de l'OFAS contre l'OCAI. Le recourant a rappelé avoir subi un accident le 8 novembre 1993 et a soutenu être depuis lors en totale incapacité de travail. Il a exposé que la SUVA lui avait versé des indemnités jusqu'au mois de décembre 1994, date à laquelle elle avait estimé que son incapacité de travail n'était plus en relation de causalité avec son accident. En conséquence, le 30 novembre 1994, une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité avait été déposée. L'OCAI l'avait alors convoqué avant de demander plusieurs expertises, effectuées par divers praticiens, entre 1996 et 1999 notamment. Se fondant sur celles-ci, l'OCAI avait, le 15 mars 2000, rendu un projet de décision refusant la rente demandée. Ce projet avait été contesté par l'assuré, qui concluait à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, tout en admettant, à titre subsidiaire que l'OCAI sollicite un rapport du COMAI ou procède à des mesures de réadaptation professionnelle. Depuis ses dernières observations, l'assuré n'avait pas de nouvelles de l'OCAI malgré ses relances des 5 février et 3 août 2001.

26. Le 1er février 2002, le Dr O_____ a établi un rapport médical. Parmi les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré, il a relevé une hernie discale L4-L5 paramédiane droite compressive, un syndrome cervico-lombaire post-traumatique chronique en présence de troubles statiques et dégénératifs importants avec discopathies cervicales et cervico-brachialgie gauche, une PSH gauche et tendinopathie manifeste post-traumatique, des troubles statiques et dégénératifs lombaires importants préexistants à l'accident selon la CNA.

27. Dans une note du 25 février 2002, le Dr I_____ s'est prononcé sur le rapport du Dr O_____. Il a d'abord relevé que ce qu'en 1995 ce médecin qualifiait de discopathies lombaires était devenu une hernie discale L4-L5, la hernie cervicale étant déjà connue. Il a souligné que ce diagnostic de hernie discale n'était pas une certitude, faute d'avoir procédé à une saccoradiculographie, et que certains radiologues posent un peu facilement le diagnostic de hernie alors qu'il ne s'agit que de protusion. Il a contesté la méthode utilisée par le Dr O_____, qui consistait à effectuer une radiographie standard alors que selon lui, une IRM aurait autorisé un diagnostic plus

sûr. Il a conclu en soutenant la demande du médecin traitant visant à faire procéder à une expertise globale du cas par le Service médical régional AI, SMR Léman (ci-après, SMR).

28. Le 18 juin 2002, l'OCAI s'est déterminé suite au recours pour déni de justice déposé à son encontre. Il a exposé que suite aux observations de l'assuré contestant le projet de décision du 15 mars 2000, il avait repris l'instruction du dossier en demandant un nouveau rapport au médecin traitant. Or, ce dernier avait, le 28 novembre 2000, reconnu que les maux dont souffrait l'assuré n'étaient pas d'origine psychique tout en estimant son état stationnaire et mauvais. Cet avis du médecin traitant avait été soumis au Dr J.F. I_____, spécialiste FMH en médecine générale auprès du SMR qui, par note du 9 avril 2001, avait conclu à l'absence d'incapacité de travail des points de vue physique et psychique. Mais, un rapport du Dr P_____ ayant été versé à la procédure, le Dr I_____ a, par note du 17 septembre 2001, estimé nécessaire d'obtenir un rapport radiologique pour compléter son analyse. Le 5 février 2002, le Dr S. N_____ a établi un rapport que le Dr. I_____ a estimé incomplet en l'absence d'examen radiologique. Des contradictions ont été relevées entre les rapports ainsi reçus. Il s'est alors avéré indispensable, selon le Dr I_____, que le SMR procède à un nouvel examen. Ce dernier a été effectué par la Dresse Sylvie Q_____, le 9 mai 2002. Elle a exposé que l'assuré présentait un trouble douloureux chronique sans comorbidité psychiatrique. Elle a estimé les données trop anciennes et a conclu qu'un examen SMR (MUS, rhumato, psy) devait être organisé.

29. Le recours formé par l'assuré auprès de l'OFAS pour déni de justice a été rejeté par décision du 30 septembre 2002 au motif que l'instruction et notamment l'actualisation des données médicales, celles de 1996 et 1999 étant trop anciennes, justifiaient les délais, voire la lenteur de la procédure qui devait permettre à l'autorité de se fonder sur un état de faits complet pour trancher le litige.

30. Le 28 juin 2002, l'assuré a été convoqué pour une expertise. Sous le titre « examen clinique pluridisciplinaire », un rapport a été établi le 4 juillet 2002 à la signature des Drs Q_____, médecine interne, R_____, rhumatologue FMH et S_____, psychiatre FMH. Ce rapport reprend en détails l'anamnèse familiale, les antécédents personnels généraux, l'anamnèse professionnelle, l'anamnèse actuelle générale, la vie quotidienne, l'anamnèse par système, l'anamnèse ostéoarticulaire, l'anamnèse psychosociale et psychiatrique avant de poser les status général, ostéoarticulaire, psychiatrique et de faire état du dossier radiologique auquel succède un diagnostic et une appréciation consensuelle du cas. Vu que les constatations cliniques objectives et radiologiques ne permettent pas d'expliquer la nature et la localisation des douleurs, ce rapport admet que l'assuré présente un trouble somatoforme douloureux, sans maladie psychiatrique associée. Ce rapport conclut à une capacité de travail exigible de 100% dans toutes les activités. Il est complété par un rapport d'examen du 5 juillet 2002 signé par les Dresses T_____, médecin-cheffe au SMR et Q_____. Dans ce document, sont relevées de nombreuses

discordances entre les plaintes de l'assuré et les constatations cliniques ou radiologiques objectives. Selon ce rapport complémentaire, certains éléments se sont améliorés, par rapport à l'expertise du Professeur H_____ de 1996, comme la rotation cervicale, la force musculaire et les amplitudes articulaires. Une synthèse du dossier est présentée avant de conclure que d'un point de vue médical il n'y a pas de lien de causalité entre l'incapacité de gain et le trouble somatoforme. Il est retenu qu'il y a certainement un processus d'invalidation qui ne trouve pas son étiologie dans une atteinte somatique ou psychique, mais qui est probablement lié tant à des facteurs culturels que familiaux, qu'à la recherche d'un bénéfice secondaire inconscient visant à la réparation d'une injustice. De ce fait, et d'un point de vue médico-juridique, le SMR conclut que rien ne peut justifier une incapacité de travailler totale de près de 9 ans avant de rappeler que son appréciation concorde avec celle du Prof. T. L. U_____ de 1996 puis de souligner que, tout comme le Dr J_____, le SMR n'a pas trouvé de pathologie psychiatrique associée. Dès lors, ce rapport pluridisciplinaire du SMR conclut à l'absence de lien de causalité entre les plaintes de l'assuré et l'incapacité de travail attestée par le médecin traitant depuis le 8 novembre 1993.

31. Le 11 avril 2003, l'OCAI a, suite au rapport du SMR, adressé à l'assuré une décision selon laquelle sa demande de prestations AI était rejetée au motif que les troubles présentés, en raison d'un syndrome somatoforme douloureux, n'atteignaient pas une intensité suffisante pour diminuer de manière significative sa capacité de gain.

32. Le 5 mai 2003, l'assuré a formé opposition. Il a, après avoir pris connaissance du dossier de l'OCAI, complété ses écritures le 26 juin 2003. Il a contesté le refus de considérer son atteinte à la santé comme invalidante. Il a conclu à l'annulation de la décision du 11 avril 2003 ; à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée ; à ce qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée ; ce avec suite de dépens.

33. Le 3 juin 2003, le Dr V_____, radiologue FMH, a remis son rapport afin de compléter les constatations du Dr I_____ qui avait repris les conclusions du Dr M_____ mentionnant la présence d'une hernie discale lombaire. Les conclusions du Dr V_____ étaient notamment que l'assuré présentait des troubles statiques du rachis cervical sous forme d'une scoliose à convexité droite et disparition de la lordose physiologique ; une cervicuncarthrose en C5-C6 lors de la flexion et l'extension, sans glissement vertébral ; une discrète scoliose lombaire avec une lordose physiologique conservée ; une spondylose lombaire antérieure étagée avec discarthrose en L5-S1 ; une discrète discopathie postérieure en L4-L5 et arthrose interpophysaire postérieure à l'étage inférieur surtout en L5-S1 ; une bascule du bassin en défaveur de la droite de 7.1 mm par rapport au côté gauche.

34. Le 24 juillet 2003, l'OCAI a rendu une décision sur opposition maintenant le refus de prestations à l'assuré aux motifs que l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé physique justifiant une incapacité de travail et pas davantage d'atteinte psychique, le

trouble somatoforme douloureux diagnostiqué n'ayant pas valeur invalidante. Cette décision a été notifiée à l'assuré le 26 juillet 2003.

35. Le 29 septembre 2003, l'assuré a été examiné par le Dr W_____, spécialiste FMH en neurologie qui a procédé à une électroneuromyographie. Son diagnostic a été que l'assuré présentait des cervico-brachialgies gauches, dans un contexte de troubles dégénératifs du rachis cervical ainsi qu'une lombo-sciatalgie L5 droite sur hernie discale L4-L5 appuyant sur l'émergence de la racine L5 droite.

36. L'assuré a recouru auprès du Tribunal de céans le 15 septembre 2003 puis a complété ses écritures le 13 octobre 2003. Il a rappelé avoir reçu la décision sur opposition dont est recours le 26 juillet 2003. Il a soutenu que les douleurs ressenties avaient un caractère de chronicité. Il a allégué être, de ce fait, durablement en totale incapacité de travail. Il a exposé que les troubles somatoformes douloureux dont il souffrait étaient manifestement et incontestablement invalidants. Il a allégué que les expertises psychiatriques versées à la procédure étaient confuses et contradictoires et requis qu'une nouvelle expertise soit effectuée. Il a enfin rappelé n'avoir bénéficié d'aucune mesure de reclassement pendant la durée, particulièrement longue, de la procédure. Il a relevé l'absence de comparaison de gain pour l'évaluation du taux d'invalidité et considéré cet élément comme justifiant l'annulation de la décision de l'OCAI. Il a conclu à l'annulation de la décision sur opposition, à l'octroi d'une rente d'invalidité adaptée à son état de santé et subsidiairement à ce qu'une expertise psychiatrique soit effectuée ainsi qu'à l'octroi de mesure de reclassement professionnel ; l'OCAI devant être condamné en tous les dépens.

37. Le 13 novembre 2003, l'OCAI a émis un préavis et maintenu sa décision sur opposition. Il a notamment rappelé qu'aucune atteinte physique et psychique à la santé n'avait été diagnostiquée objectivement par les nombreux experts intervenus dans le dossier ; qu'aucune pathologie objectivable, tant sur le plan physique que psychique n'avait été décelée par le SMR. Il a repris à son compte les conclusions du SMR selon lesquelles la capacité de travail de l'assuré est entière dans toutes les activités.

38. Le 15 janvier 2004, l'assuré a répliqué aux écritures de l'OCAI du 13 novembre 2003. Il a notamment soutenu l'illicéité du comportement de l'OCAI, due à son absence de célérité dans le traitement du dossier. Il a relevé sa totale invalidité résultant de troubles somatoformes associés à une comorbidité grave. Il a réaffirmé l'absence totale de possibilité de reprendre une quelconque activité. Ses dernières conclusions sont, préalablement, d'ordonner l'audition des Drs B_____, spécialiste en neurochirurgie FMH, et I_____ ; principalement de constater le retard injustifié dont a fait preuve l'OCAI dans le traitement de la demande ; d'annuler la décision sur opposition de l'OCAI du 24 juillet 2003 ; de lui octroyer une rente d'invalidité adaptée à son état de santé ; de condamner l'OCAI en tous les dépens et, subsidiairement, d'ordonner une expertise médicale et de lui octroyer des mesures de reclassement professionnel.

39. Le 10 février 2004, l'OCAI a versé à la procédure un avis du SMR suite au rapport établi le 28 novembre 2003 par le Dr B_____. Il a estimé que les faits médicaux pertinents avaient été établis jusqu'au 24 juillet 2003, date de la décision dont est recours. Il a soutenu que l'allégation d'une aggravation plausible de l'état de santé du recourant « devant remonter à quelques mois » selon le Dr B_____ ne saurait être prise en considération pour l'examen du bien-fondé d'une décision rendue antérieurement. Il a soutenu que le dossier était parfaitement étayé par des avis médicaux et maintenu son préavis selon lequel la capacité de travail de l'assuré était entière dans toutes les activités.

40. Puis, le 5 mars 2004, l'assuré a formulé ses dernières observations, sur la détermination de l'OCAI du 10 février 2004. Il a contesté son bien-fondé au vu des rapports médicaux versés au dossier. Il a soutenu que la Dresse Q_____ avait apprécié sa situation de manière manifestement emprunte de subjectivité. Il a rappelé les lenteurs de la procédure et considéré que l'OCAI n'avait pas pris position sur ses griefs. Il a conclu que le Tribunal de céans constate le retard injustifié dont a fait preuve l'OCAI ; à l'annulation de la décision sur opposition de l'OCAI du 24 juillet 2003 ; à l'octroi d'une rente d'invalidité adaptée à son état de santé ; à la condamnation de l'OCAI en tous les dépens puis, subsidiairement, à ordonner une expertise médicale et lui octroyer des mesures de reclassement professionnel. Il a joint un avis du Dr B_____ du 19 février 2004 selon lequel ayant eu l'occasion de réévaluer la situation de l'assuré, ce médecin a constaté qu'elle n'évoluait guère. Ce médecin a notamment précisé qu'il n'y avait ni aggravation, ni amélioration subjective ou clinique.

41. Par courrier du 7 février 2005, l'OCAI a versé au dossier un rapport médical du Dr B_____ avec une annexe du 12 janvier 2005. Selon la première de ces pièces, une imagerie par résonance magnétique cervicale a été effectuée le 5 janvier 2005 par le Dr V_____, radiologue, spécialiste FMH. Le rapport de ce premier médecin, suite à cette IRM, conclut à l'existence d'une protusion discale ostéophytaire en C4-C5, plus prononcée en C5-C6 et C6-C7, appuyant sur la partie antérieure du cordon médullaire et sur l'émergence des racines C6 à droite, C7 à gauche, rétrécissant le canal dans le sens antéro-postérieur. Comparé à celui effectué le 3 novembre 2003, ce rapport relève que les modifications arthrosiques s'avèrent être quasiment identiques mais qu'il existe une discrète altération du signal au sein du cordon médullaire à la hauteur de C5-C6 évoquant un début de myélomalacie ainsi qu'une rectitude du rachis cervical avec discrète inversion de la lordose physiologique. Pour sa part, le Dr B_____ a reçu l'assuré à sa consultation le 10 janvier 2005. Son bref rapport mentionne que l'IRM confirme l'aggravation avec l'apparition d'un signal médullaire. Il précise que dans ces conditions, l'indication opératoire est posée et envisagée pour le 21 avril 2005, date à laquelle est prévue une corpectomie C5-C6 avec reconstruction par voie antérieure.

42. Par pli du 4 mars 2005, réexpédié le 11 mars 2005, le Tribunal de céans a adressé à l'assuré copie d'une lettre de l'OCAI datée du 7 février 2005 et de ses deux annexes. La cause a ensuite été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ ; E 2 05) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : TCAS), notamment dans les contestations relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (ci-après : LAI), ce conformément aux art. 1 let. r et 56V, al. 1 let. a, chiffre 2 LOJ. Le domicile de l'assurée étant sis sur le canton de Genève, selon les art. 57 et 58 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (ci-après : LPGA), du 6 octobre 2000, entrée en vigueur le 1er janvier 2003. Dès lors, le TCAS est compétent pour statuer, en instance unique.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA. Quant à l'applicabilité des dispositions matérielles de la LPGA, cette question peut rester ouverte. En effet, les définitions légales contenues aux art. 3 à 13 LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA et il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu. Ainsi, la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (arrêt A. du 30 avril 2004, I 626/02 ;ATF 130 V 345, consid. 3.1, 3.2 et 3.3).

3. Le recours a été déposé le 15 septembre 2003, contre une décision notifiée par pli recommandé (LSI) à l'assuré le 26 juillet 2003. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de 30 jours. L'art. 38 al. 4 LPGA traite du calcul et de la suspension

des délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité. Selon sa lettre b, ils ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement. Dès lors, le délai de 30 jours et la forme prévus par la loi sont respectés. Le recours est recevable (art. 38 al. 4 let. b, 56, 58 al. 1, 60 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 LAI).

4. Le recours porte sur la décision sur opposition de l'OCAI datée du 24 juillet 2003. Le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération des modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision entreprise (ATF 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b; ATF 121 V 366). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102). Dans le cas d'espèce, le recourant a d'abord communiqué un avis du Dr Daniel B_____ du 19 février 2004, spécialiste en neurochirurgie FMH. suite à une consultation du 6 février 2004. Vu sa teneur « il n'y a ni aggravation, ni amélioration subjective ou clinique », cet avis, par ailleurs peu étayé, n'est pas de nature à influencer l'appréciation du cas d'espèce. Puis, l'OCAI a, le 7 février 2005, remis au Tribunal de céans les rapports des Drs V_____ et B_____. Ces dernières pièces versées à la procédure font état d'une aggravation récente de l'état de santé du patient. Celle-ci n'est pas pertinente pour l'examen du cas en tant qu'il traite d'un litige portant sur une décision prise par l'OCAI en date du 24 juillet 2003. En revanche, si elle était établie, cette aggravation pourrait, cas échéant, donner lieu à une révision.

5. Le recourant a préalablement conclu à l'audition des Drs B_____ et I_____. Les rapports établis par ces deux médecins ont été versés à la procédure. Leur technicité ne saurait être explicitée lors de débats alors qu'elle requiert, pour le moins, une lecture très attentive de chacun des points abordés, voire des références aux pièces et rapports médicaux antérieurs. Dès lors, cette conclusion est rejetée en tant qu'elle n'est pas nécessaire à l'établissement des faits ; ces derniers peuvent être établis sur la base des seuls rapports médicaux écrits.

6. Le recourant a subsidiairement sollicité que le Tribunal de céans ordonne une nouvelle expertise médicale. En l'état du dossier, vu les nombreux avis médicaux concordants, le Tribunal dispose d'éléments suffisants pour se forger une conviction. Il n'y a dès lors pas lieu d'ordonner une nouvelle expertise qui prolongerait la procédure. Partant, la conclusion subsidiaire visant à ordonner une nouvelle expertise médicale est rejetée.

7. Le recourant conclut notamment au constat par le Tribunal de céans du retard injustifié dont a fait preuve l'OCAI dans le traitement de sa demande. Il se plaint une nouvelle fois, devant le Tribunal de céans, des lenteurs de la procédure, comme il l'avait déjà fait devant l'OFAS qui lui avait donné tort, l'examen de la cause nécessitant des investigations complexes dont la durée avait été déclarée acceptable.

Pour mémoire sa demande de prestations de l'assurance-invalidité a été déposée le 30 novembre 1994. Depuis lors, les actes de procédure se sont succédé (oppositions, recours, expertises). Saisi par le recourant d'une plainte pour déni de justice, l'OFAS l'a rejetée, en janvier 2002. Il a considéré que les nombreux examens médicaux, certains sollicités parfois par le recourant soi-même – comme le démontrent notamment ses conclusions subsidiaires ci-avant rejetées – étaient justifiés, le Tribunal devant rendre sa décision sur un état de faits complet et actuel. Depuis le 1er août 2003, le Tribunal de céans est compétent pour statuer sur les recours pour déni de justice, conformément à l'art. 56 al. 2 LPGA. La reprise dans la présente procédure de cette conclusion en constatation d'un retard injustifié est, dans la mesure où elle est recevable, question qui peut être laissée ouverte, mal fondée par identité de motifs.

8. Le fond du litige porte sur la question de savoir si la décision de l'OCAI du 24 juillet 2003, refusant l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité à l'assuré, au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé physique justifiant une incapacité de travail et pas davantage d'atteinte psychique, le trouble somatoforme douloureux diagnostiqué n'ayant pas valeur invalidante, est fondée.

9. Selon les art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée 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. L'invalidité est une notion économique et non médicale. Il résulte de ce qui précède que l'invalidité au sens de cette disposition exige que deux éléments l'un économique, le second médical soient réunis par un lien de causalité. La diminution de la capacité de gain doit résulter d'une atteinte à la santé ; cette dernière devant pour sa part, qu'elle soit physique ou mentale, provenir d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

10. De jurisprudence constante, reprise depuis le 1er janvier 2003 par l'art. 3 LPGA, est réputée maladie toute atteinte à la santé physique ou mentale, qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement ou provoque une incapacité de travail.

10a. Le juge des assurances sociales est tenu d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, indépendamment de leur provenance et de décider ensuite si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical présente une pleine valeur probante, si les points litigieux importants ont fait l'objet d'étude détaillée, si les observations se fondent sur des rapports complets et prennent également en considération les plaintes exprimées, s'il a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), si la description du contexte médical est claire et les conclusions de l'expert bien motivées (VSI 2000 p. 154 et réf. citées).

Dans le cas particulier le recourant conteste le bien-fondé de la décision de l'OCAI au vu des rapports médicaux versés au dossier. Il soutient en particulier que la Dresse Q_____ a apprécié sa situation de manière manifestement emprunte de subjectivité. De jurisprudence constante, l'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître fondée sur des éléments objectifs (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee ; 123 V 176 consid. 3d ; VSI 2001 p. 109 sv. consid. 3b/ee; RAMA 1999 no. U 332 p. 193 consid. 2a/bb notamment). Le recourant ne détaille pas les circonstances qui seraient propres à faire naître un doute sur l'impartialité de cette doctoresse. Il ne fournit pas d'éléments objectifs étayant qu'elle aurait fait preuve de subjectivité ni les motifs qui l'auraient poussée, selon lui, à agir ainsi. Ce moyen, tiré de l'apparence de prévention et soulevé sans aucune motivation, ne saurait être retenu dans la mesure où les constats et les conclusions du rapport d'examen pluridisciplinaire établi le 4 juillet 2002 sont également signés par les Drs R_____ et S_____. Quant au rapport du 5 juillet 2002, il a été établi en concertation avec la médecin-cheffe SMR, T_____, qui l'a signé avec la Dresse Q_____. Dès lors, le Tribunal de céans considère que ce grief n'est pas fondé.

10b. Concernant l'existence d'une atteinte à la santé physique, en novembre 1994, le Dr C_____ relevait l'absence de lésions traumatiques objectivées. Puis, en septembre 1996, le Prof. H_____ confirmait l'absence d'incapacité de travail du point de vue physique. En août 1997, le Dr. I_____ concluait que, sans atteinte physique suffisante, l'assuré devait être considéré comme apte à travailler avec une capacité entière dans un poste adapté. En juillet 1998, le Dr J_____, se déterminait sur le degré de capacité de travail de l'assuré depuis le 31 juillet 1995 en disant que, du point de vue médical, il n'y avait pas d'incapacité. Il ne relevait en effet aucune affection corporelle chronique. En avril 2001, le Professeur H_____ confirmait l'absence d'incapacité de travail du point de vue physique. En février 2002, le Dr O_____ constatait une hernie discale L4-L5 paramédiane droite compressive, un syndrome cervico-lombaire post-traumatique chronique en présence de troubles statiques et dégénératifs importants avec discopathies cervicales et cervico-brachialgie gauche, une PSH gauche et tendinopathie manifeste post-traumatique, des troubles statiques et dégénératifs lombaires importants. Toutefois, le Dr I_____ relevait qu'en 1995 le Dr O_____ qualifiait de discopathies lombaires ce qui était devenu une hernie discale L4-L5. Il soulignait que ce diagnostic de hernie discale n'était pas une certitude, et qu'il pouvait ne s'agir que de protusion. Il contestait le diagnostic fondé sur une radiographie standard et non sur une IRM et soutenait la nécessité de faire procéder à une expertise globale par le SMR. L'expertise pluridisciplinaire du SMR a établi, en juillet 2002, l'absence d'atteinte physique invalidante. L'examen de juin 2003, auquel a ensuite procédé le Dr V_____, radiologue FMH, a conclu que l'assuré présentait des troubles statiques du rachis cervical sous forme d'une scoliose

à convexité droite et disparition de la lordose physiologique ; une cervicuncarthrose en C5-C6 lors de la flexion et l'extension, sans glissement vertébral ; une discrète scoliose lombaire avec une lordose physiologique conservée ; une spondylose lombaire antérieure étagée avec discarthrose en L5-S1 ; une discrète discopathie postérieure en L4-L5 et arthrose interpophysaire postérieure à l'étage inférieur surtout en L5-S1 ; une bascule du bassin en défaveur de la droite de 7.1 mm par rapport au côté gauche. Ce médecin radiologue ne s'est toutefois pas prononcé pas sur les incidences de son diagnostic sur l'état de santé physique du recourant et notamment sur sa capacité de travail. Dès lors, le Tribunal de céans considère qu'aucune atteinte physique entravant la capacité de travail et de gain de l'assuré n'est établie par les différents rapports médicaux et expertises versés à la procédure.

10c. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 8 al. 1 LPGA et de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux entrent dans la catégorie des affections psychiques. Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie – tel un trouble somatoforme douloureux – est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant. Une exception à ce principe n'est admise que lorsqu'un tel trouble se manifeste avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de la capacité de travail ne peut, pratiquement, plus raisonnablement être exigée de l'assuré ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 298 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2000 p. 224, notamment). Or, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux, même persistants, n'entraîne pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI (ATF 130 V 352).

Dans le cas particulier, les plus anciens parmi les avis médicaux versés à la procédure, soit ceux de son médecin-traitant, le Dr N_____, chirurgien orthopédique FMH, en date du 29 mars 1995, relevé un problème d'impotence fonctionnelle par la douleur. Le Prof. H_____ en date du 16 septembre 1996, a confirmé l'absence d'incapacité de travail du point de vue psychique tout en admettant une incapacité de travail pour des raisons psychosociales. En février 1999, le Dr J_____ a conclu à l'absence d'affection psychique ayant valeur de maladie. En novembre 2000, le Dr O_____ a considéré que les maux dont souffrait l'assuré n'étaient pas d'origine psychique. Puis, en avril 2001, le Dr H_____ a confirmé l'absence d'incapacité de travail du point de vue physique et psychique. Pour sa part, la Dresse Q_____, a, en mai 2002, conclu à l'existence d'un trouble somatoforme douloureux et estimé une expertise SMR (MUS, rhumato, psy) nécessaire vu l'ancienneté des données médicales en sa

possession. Selon le rapport de l'examen pluridisciplinaire de juillet 2002, l'assuré présente un trouble somatoforme douloureux, sans maladie psychiatrique associée.

10d. Le Tribunal fédéral des assurances a déjà considéré qu'un syndrome somatoforme douloureux persistant peut, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2 c/cc ; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). Il a ensuite précisé qu'admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste de comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas des (1) affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution de conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (ATF N. précité ; ATF I 531/03 précité ; VSI 2000 p. 155 consid. 2c).

Le Dr J_____ a diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux ; il a toutefois confirmé l'absence de comorbidité associée. Selon lui, les éléments de sinistrose - ou processus d'invalidation - présents devaient être compris à un niveau social et culturel et non médical. Il ne décelait aucune affection corporelle chronique, aucun processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable. Il a également relevé que l'intégration sociale de l'assuré n'était aucunement mise à mal. Vu ces prémisses, cet expert a considéré que l'assuré ne souffrait pas d'une affection psychique ayant valeur de maladie. Pour sa part, le Dr Q_____ a également constaté que l'assuré présentait un trouble douloureux chronique mais a précisé l'absence de comorbidité psychiatrique. Selon le TA, il ressortait clairement du rapport de l'expert, Thomas H_____, que c'était avant tout la situation psychosociale - et non les lésions anatomiques dont l'assuré était atteint - qui était à l'origine de l'incapacité de travail. En juillet 2002, le SMR a admis que l'assuré présentait un trouble somatoforme douloureux, sans maladie psychiatrique associée car ses constatations cliniques objectives et radiologiques ne permettaient pas d'expliquer la nature et la localisation des douleurs alléguées. Il a conclu son rapport en soutenant que l'assuré bénéficie d'une capacité de travail exigible de 100% dans toutes les activités.

10e. Le rapport d'expertise pluridisciplinaire du SMR Léman, établi en juillet 2002, émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI. Il remplit tous les réquisits jurisprudentiels dans la mesure où tous les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, ce rapport se fonde sur des examens complets, il prend en

considération les plaintes exprimées par l'assuré, il a été établi en connaissance de l'anamnèse, il décrit le contexte médical et apprécie clairement la situation médicale. Il pose des conclusions motivées et son contenu a donc pleine valeur probante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3 a et les références, 122 V 160 consid. 1c). Dès lors, le Tribunal de céans fait siennes les conclusions du SMR selon lesquelles le recourant présente une capacité de travail exigible de 100% dans toutes les activités.

10f. 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 I 531/03 du 30 juin 2004 ; ATF 127 V 298 consid. 4c in fine ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

10g. Sont des facteurs psychosociaux ceux qui relèvent d'une étude des faits sociaux soit de l'ensemble des questions relevant du droit social, des actions concernant l'amélioration de vie et de travail des membres de la société. Lorsque les facteurs psychosociaux dominent les critères juridiques déterminants dans la limitation, en l'espèce partielle, de la capacité de travail, l'on doit admettre que l'atteinte à la santé psychique n'a pas valeur de maladie au sens de l'AI et n'est pas susceptible d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. En effet, tout lien de causalité entre ladite atteinte et l'incapacité voire sa conséquence économique est rompu. Au sujet des facteurs psychosociaux ou socioculturels et de leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie (ATF I 776/02 du 14 novembre 2003). Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine).

En l'espèce, seuls des facteurs psychosociaux semblent pouvoir expliquer l'absence de mise en œuvre de sa capacité de travail par l'assuré. En effet, les aptitudes du recourant sont moindres en raison d'une formation lacunaire puisqu'après avoir suivi cinq années de scolarité, l'assuré a travaillé, dès l'âge de 14 ans, dans le bâtiment. Né en 1959, il a cessé toute activité depuis le mois de novembre 1993 alors même qu'aucun substrat médical pertinent entravant sa capacité de travail et de gain n'a pu être mis en évidence malgré de nombreux examens. Les médecins et experts sont formels, l'incapacité de travail n'est pas médicalement justifiée. L'assuré ne présente pas d'affection physique. La cessation d'activité ne résulte pas davantage d'affection psychique. Elle a pour cause des facteurs psychosociaux, soit des éléments étrangers à l'invalidité.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate que le recourant ne réalise manifestement pas les conditions qui, selon la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux permettent de ne pas retenir l'exercice d'une activité professionnelle comme exigible (VSI 2000 p. 154 consid. 2), de sorte que l'OCAI a, à juste titre, nié son droit aux prestations de l'assurance-invalidité sous forme de rente (art. 28 LAI).

11. Le recourant conclut subsidiairement à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelles. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. L'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (art. 17 al. 1 LAI).

    L'assuré ne souffrant pas d'atteinte à la santé au sens de la LAI, aucune mesure ne peut être envisagée.

12. Si une aggravation de son état de santé devait être établie, le recourant pourrait, cas échéant, demander à l'OCAI de procéder à une révision.

13. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

statuant

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

A la forme :

1. Reçoit le recours formé le 15 septembre 2003 par Monsieur M_____ contre la décision sur opposition de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE du 24 juillet 2003 ;

Au fond :

2. Rejette le recours ;

3. Dit que la procédure est gratuite ;

4. 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 quelle 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).

La greffière :	La Présidente :
Janine BOFFI	Nicole DOURNOW

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