

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1910/2006

ATAS/490/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 29 avril 2009

En la cause

Monsieur B_____, domicilié à CHÂTELAINÉ, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Ridha AJMI

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur B_____ (ci-après : l'assuré), né EN 1957, de nationalité irakienne, ingénieur en génie civil de formation, est arrivé en Suisse en 1998, où il a obtenu l'asile politique. Titulaire d'un permis de séjour N, l'assuré n'a pas pu exercer d'activité professionnelle. En mai 2003, il a été mis au bénéfice d'un permis C, et s'est inscrit au chômage le 30 juin 2003.
2. Suite à une chute sur la région de l'épaule droite et sur la région thoracique, l'assuré se plaint de douleurs à l'hémicorps droit.
3. Par rapport du 26 mai 2001, le Dr L_____, spécialiste FMH en médecine nucléaire, a constaté que l'assuré présentait une scoliose évidente avec rotation des corps vertébraux.
4. L'assuré a effectué des examens neurologiques, lesquels ont permis d'exclure une origine neurologique à ses douleurs (rapport du 28 mai 2001 du Dr. M_____ et du 10 mai 2002 du Dr N_____, médecins spécialistes FMH en neurologie).
5. A la demande du Dr O_____, médecin traitant spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, les Drs P_____ et Q_____, médecins auprès du département d'anesthésiologie, pharmacologie et soins intensifs de chirurgie auprès des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après : les HUG), ont examiné l'assuré. Dans leur rapport du 16 octobre 2002, ils ont diagnostiqué des dorsalgies « trigger points », des dorsolombalgies avec une scoliose, des douleurs abdominales chroniques d'origine indéterminée ainsi qu'une dysesthésie de l'hémicorps droit. L'assuré se plaignait d'un point douloureux précis au niveau D7 droit, sans que l'imagerie dorsolombaire de juin 2001 n'ait permis d'expliquer la symptomatologie. Ils ont relevé que le patient refusait tout soutien psychologique malgré la présence d'une symptomatologie suggérant un syndrome de détresse post-traumatique.
6. Par rapport du 6 décembre 2002, le Dr R_____, spécialiste FMH en radiologie, a également constaté la scoliose dorsale à convexité droite. Il n'y avait pas de modification par rapport aux clichés fonctionnels de profil du 18 janvier 2002.
7. Par rapport du 28 février 2003, les Drs P_____ et Q_____ ont diagnostiqué, outre les atteintes somatiques, un état anxieux. Le nouveau bilan radiologique dorsolombaire effectué à fin 2002 restait inchangé par rapport à celui de juin 2001. L'examen clinique restait également inchangé. L'assuré ne travaillait pas pour des raisons professionnelles et était très inquiet face à cette situation. Ils ont rappelé la présence d'une symptomatologie suggérant un syndrome de détresse post-traumatique et une angoisse extrême. Ils ont conseillé à l'assuré de suivre un programme de médecine manuelle effectuée par le Dr S_____.

8. L'assuré a déposé en date du 19 septembre 2004 une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), en raison de dorsalgies chroniques.
9. En date du 30 septembre 2004, le Dr S _____, médecin traitant depuis le 23 mai 2003 et chef de clinique adjoint auprès du Service de rééducation des HUG, a rendu un rapport médical adressé à l'OCAI. Il retient comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail une dysesthésie de l'hémicorps droit avec dorsalgies liées à une scoliose qui aurait été accentuée au niveau de la 7^{ème} vertèbre dorsale, suite à une chute environ quatre ans auparavant. Une importante scoliose dorsolombaire était en revanche sans répercussion sur la capacité de travail. L'assuré se plaignait d'une sensation de dysesthésie de l'hémicorps droit avec des irradiations importantes et mal systématisées. Le médecin avait constaté des points précis douloureux en regard de la région dorsale au niveau D4 et D7 avec irradiation au niveau du rachis cervical et de l'épaule. Les amplitudes articulaires étaient tout à fait normales. Par contre, la force isométrique montrait une diminution à gauche de l'ensemble des muscles. Après avoir rappelé les conclusions des examens médicaux spécialisés auxquels s'était soumis l'assuré en date des 15 mai 2001, 6 décembre 2002 et 25 mai 2004, le médecin a expliqué que les entretiens de physiothérapie en mobilisation, rééducation et en piscine n'avaient donné aucun résultat, de même que l'infiltration pratiquée le 21 juin 2006. Son pronostic était celui d'une évolution d'une scoliose importante entraînant des dorsalgies. Il estimait l'activité exercée jusqu'à présent encore exigible, sans diminution de rendement. Selon lui, les positions suivantes étaient à proscrire : la position debout, la même position du corps pendant longtemps, l'inclinaison du buste, la position accroupie, l'utilisation des deux bras, de lever, porter ou déplacer des charges, se baisser, les mouvements des membres ou du dos occasionnels ou répétitifs, le travail en hauteur ainsi que les déplacements sur sols irréguliers ou en pente. Enfin, selon ce médecin, un examen complémentaire était nécessaire.
10. A la demande de l'OCAI, l'assuré a expliqué, par courrier du 7 janvier 2005, que les douleurs avaient commencé suite à un accident qui avait eu lieu en 1998. En outre, à son arrivée à Genève, il n'avait pas travaillé car il bénéficiait du permis N. Après avoir obtenu le permis C, il s'était inscrit au chômage, étant à la recherche d'un emploi en tant qu'ingénieur en génie civil à temps partiel.
11. Dans un rapport du 17 mars 2005 adressé à l'OCAI, le Dr O _____, médecin traitant et spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a retenu comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail un trouble somatoforme douloureux avec douleurs de l'hémicorps droit, ainsi qu'une désinsertion socioculturelle. Il indique également une dysfonction D7 droite. Ce médecin avait traité l'assuré du 14 janvier au 17 décembre 2002. Pour sa part, il n'y avait aucune incapacité de travail et l'assuré ne présentait pas d'atteinte fonctionnelle majeure. Selon lui, le patient présentait un problème de fixation sur le

symptôme avec état anxieux et l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré devait se faire sur le plan psychiatrique.

12. L'OCAI a ordonné une expertise psychiatrique de l'intéressé et a mandaté le Dr D. T_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à cet effet. Dans son rapport d'expertise du 29 août 2005, l'expert expose avoir examiné l'assuré en date des 16 août et 25 août 2005. Au status clinique, l'expert relève que l'intéressé n'a pas de problèmes mnésiques, ni de problèmes de cognition. Il est bien orienté dans le temps et dans l'espace, il parle mal le français et son vocabulaire est peu étendu. Durant les entretiens, il n'a pas présenté d'hallucinations auditives, visuelles ou sensorielles ni de délires ou de troubles psychosensoriels. L'expert n'a pas retenu de trouble de la personnalité, ni de trouble somatoforme. Il en conclut que l'assuré ne souffre d'aucun trouble psychique et qu'il n'est pas de son ressort d'évaluer la problématique physique de l'assuré. La capacité de travail du point de vue psychique est totale.
13. Par décision du 11 novembre 2005, l'OCAI a refusé à l'assuré le droit à une rente ainsi qu'à des mesures professionnelles au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante et que son activité habituelle était raisonnablement exigible.
14. Le 8 décembre 2005, l'intéressé a formé opposition, faisant valoir que ses problèmes sont physiques, qu'il souffre d'une scoliose grave ainsi que d'une maladie de Scheuermann.
15. Dans un avis du 25 avril 2006, le Dr U_____, spécialiste FMH en médecine générale auprès du Service médical régional AI (ci-après : SMR), a estimé que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité de type sédentaire. Il a relevé que l'imagerie dorsolombaire n'avait pas permis d'expliquer la symptomatologie présentée par le recourant et que les spécialistes insistaient pour dire qu'il s'agissait d'un problème de fixation, d'anxiété et de désinsertion culturelle. Or, l'expertise psychiatrique avait montré l'absence de vraie maladie.
16. Par décision du 27 avril 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré, relevant que de l'avis même du Dr O_____, l'assuré ne présentait aucune atteinte fonctionnelle majeure (rapport du 17 mars 2005). En outre, l'imagerie dorsolombaire n'avait pas permis d'expliquer la symptomatologie (rapport du 28 février 2003). Enfin, l'expert psychiatre n'avait retenu aucun trouble.
17. L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, Maître Ridha AJMI, interjette recours en date du 26 mai 2006, concluant à la mise en œuvre de mesures d'instructions portant sur son état physique et psychique ainsi qu'à l'octroi de prestations. Il expose qu'il est ingénieur de formation mais qu'il n'a jamais travaillé en Suisse comme tel. Il a souffert de douleurs au dos suite à une première chute en 1999 en Suisse. Il fait grief à l'OCAI de n'avoir pas ordonné d'examen physique et d'avoir nié tout caractère probant aux rapports établis par les médecins, alors que

ces derniers ont dûment constaté les problèmes somatiques dont il souffre. Le recourant dénie par ailleurs toute force probante à l'expertise psychiatrique dès lors qu'elle a été réalisée après une consultation très sommaire portant sur des éléments tout à fait généraux et lacunaires, étant rappelé de surcroît qu'il parle mal le français et qu'il préfère parler arabe ou anglais. Il fait grief également à l'OCAI de ne lui avoir jamais communiqué l'expertise psychiatrique afin de se déterminer sur son contenu, de sorte que son droit d'être entendu a été violé.

A l'appui de son recours, le recourant produit des rapports établis notamment par le Dr V_____, spécialiste FMH en radiologie (datés des 15 juin 2001), par le Dr W_____, spécialiste FMH en radiologie (daté du 18 janvier 2002), par les Drs P_____ et Q_____ (daté du 5 novembre 2002) et par le Dr A_____, spécialiste FMH en radiologie (du 25 mai 2004).

18. Dans sa réponse du 19 juin 2006, l'OCAI conclut au rejet du recours, relevant que sur le plan somatique, les documents médicaux versés au dossier étaient complets de sorte que le SMR n'a pas estimé utile d'effectuer une telle expertise. Il explique par ailleurs avoir soumis au SMR les rapports que le recourant a versés à la procédure. Le Dr U_____ s'est prononcé dans un avis du 13 juin 2006 auquel l'intimé se réfère. Il relève que les anomalies constatées au niveau de la colonne sont banales (fréquentes) et pas suffisamment importantes pour justifier une incapacité de travail dans un travail léger ou moyen physiquement. S'agissant de la scoliose, il précise qu'il ne faut pas la confondre avec une attitude scoliotique, qui est une mauvaise position du dos. Il relève que le rapport radiologique du 18 février 2002 fait état d' « attitude scoliotique ». L'intimé ajoute que, quoi qu'il en soit, l'atteinte à la santé dont souffre le recourant n'entraîne pas une incapacité de travail propre à ouvrir le droit à des prestations d'invalidité. Pour le surplus, sur le plan psychique, l'expert n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique. S'agissant du rapport d'expertise, l'intimé relève que le recourant ne lui a pas demandé de prendre connaissance des pièces du dossier, de sorte que l'expertise ne lui a pas été communiquée.
19. Le 10 juillet 2006, le mandataire du recourant a sollicité un délai afin de pouvoir consulter le dossier de son client aux HUG.
20. Par écriture du 11 septembre 2006, le recourant conteste l'appréciation du Dr U_____ selon laquelle il ne souffrirait pas d'une scoliose. Il sollicite la mise en œuvre de mesures d'instruction portant sur sa santé physique et requiert que le Dr T_____ complète son expertise psychiatrique du 29 août 2005.

S'agissant de la répercussion de ses atteintes sur sa capacité de travail, le recourant fait valoir que le Dr S_____ a fourni tous les éléments nécessaires pour l'apprécier (rapport du 30 septembre 2004). Le recourant voit mal comment on peut exiger de lui qu'il exerce son métier d'ingénieur en génie civil, dès lors que cette

activité exige non seulement des capacités intellectuelles mais également un travail sur le terrain et un effort physique dont il est incapable. A cela s'ajoute le fait qu'il n'a pas d'équivalence suisse de son diplôme irakien, qu'il n'a plus exercé son métier depuis 1998 et qu'il maîtrise mal le français. Le recourant fait grief à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de l'appréciation donnée par le Dr A. S_____, celui-ci devant être considéré comme un spécialiste et non comme un médecin traitant. A cet égard, il relève que le Dr U_____ est généraliste de formation.

A l'appui de ses griefs, le recourant produit des rapports radiologiques établis notamment par le Dr C_____ (rapport du 4 mai 1998) et par le Dr D_____, (rapport du 5 juin 2000).

21. Le 18 septembre 2006, le recourant a communiqué au Tribunal de céans une copie d'un rapport établi le 14 septembre 2006 par la Dresse E_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, aux termes duquel il suit une psychothérapie chez elle depuis le 3 août 2006 à raison d'une séance par semaine et qu'il souffre manifestement d'un état de stress post-traumatique chronique de survenue différée. La praticienne explique que le recourant, extrêmement pudique, a nié en bloc toute souffrance psychique lors de l'expertise réalisée par le Dr T_____, ce d'autant qu'il ne parlait pas bien le français et ne disposait pas d'un interprète.
22. Invité à se déterminer, l'intimé, par courrier du 9 octobre 2006, a déclaré ne pas s'opposer au complément d'expertise psychiatrique demandé par le recourant. Au plan physique, l'intimé a sollicité l'avis du SMR concernant les nouvelles pièces versées par le recourant à la procédure. Le Dr U_____ indique, en date du 20 septembre 2006, que le recourant présente certes une scoliose, mais celle-ci n'est pas grave. Quoi qu'il en soit, seules les limitations fonctionnelles sont importantes pour l'octroi des prestations AI. Or, le Dr S_____ avait indiqué dans son rapport du 30 septembre 2004 que les amplitudes articulaires étaient tout à fait normales.
23. Après avoir donné aux parties un délai pour déposer leur liste de questions complémentaires à poser à l'expert ainsi que faire valoir leurs motifs de récusation, le Tribunal de céans, par ordonnance du 5 décembre 2006, a demandé un complément d'expertise au Dr T_____, ce dernier étant chargé notamment de déterminer si le recourant présente un état de stress post-traumatique, le cas échéant depuis quand et quelle en est la cause.
24. Après un certain nombre de difficultés rencontrées quant à la personne de l'interprète, le Dr T_____ a rendu son complément d'expertise psychiatrique en date du 10 octobre 2007. Il a exposé avoir examiné l'assuré en date des 23 et 29 août 2007, en présence d'un traducteur. Dans son rapport, l'expert a retenu comme diagnostics un état de stress post-traumatique et un trouble dépressif d'intensité

moyenne. Il relève à l'anamnèse que l'assuré a été emprisonné durant deux semaines en Irak en 1991 car il avait refusé de s'engager dans la guerre contre le Koweït. Durant cette incarcération, il aurait reçu des coups de crosse de fusil dans le dos. Au status clinique, il présente des reviviscences répétées des événements traumatiques (violences commises par son père, événements vécus dans la guerre Iran-Irak) dans des souvenirs envahissants (flash-back, rêves ou cauchemars). L'expertisé évite des activités ou des situations pouvant réveiller les souvenirs des traumatismes comme par exemple des images télévisuelles ou relatées par la presse écrite concernant l'invasion de l'Irak. Il dit avoir peur et évite des stimuli associés aux traumatismes. Il déclare que l'exposition des stimuli réveillant brusquement le souvenir ou la reviviscence du traumatisme ou de la réaction initiale peut déclencher une crise d'angoisse ou une réaction agressive. Il déclare souffrir habituellement d'une hyperactivité neurovégétative, avec hypervigilance, état de "qui-vive" et insomnies. Il déclare aussi souffrir d'une diminution de la concentration et de l'attention, une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, d'idées de culpabilité ou de dévalorisation, d'une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, rarement d'idées suicidaires, d'une perturbation du sommeil. Dans l'appréciation du cas et pronostics, l'expert indique que les troubles psychiques que présente l'assuré sont dus essentiellement au fait qu'il n'a pas pu retrouver un travail correspondant à ses qualifications et que son statut social, professionnel et familial a été totalement bouleversé par sa venue en Suisse. Lorsqu'il était inscrit au chômage, l'expertisé a pu suivre avec succès plusieurs cours, sur Word et Excel, à l'Ifage ainsi qu'un cours d'Autocad jusqu'au 10 novembre 2004, ce qui a nécessité des capacités de concentration et d'attention importantes ainsi qu'une estime de soi et une confiance en soi pas trop altérée. L'expert conclut qu'en 2003, l'assuré avait une capacité de travail intacte. S'agissant de l'état de stress post-traumatique, il est présent depuis la guerre Iran-Irak en 1979, l'état est chronique et de gravité moyenne. Dans le cas de l'assuré, la pathologie n'a pas été aggravée significativement par le stress post-traumatique. L'état de stress post-traumatique a une influence minime sur la capacité de travail de l'expertisé dans le circuit normal. L'état de stress post-traumatique avait pu être bien supporté car l'expertisé avait pu garder sa place au sein de sa famille, sa fonctionnalité professionnelle et son statut social. C'est la perte de ses fonctions qui avait entraîné la situation actuelle.

25. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans son écriture du 6 novembre 2007, relève que pour ce qui est du trouble dépressif d'intensité moyenne retenu par l'expert, ce dernier ne mentionne pas les conséquences actuelles qu'aurait cette atteinte sur la capacité de travail du recourant.
26. Le 7 novembre 2007, le recourant s'est déterminé sur le rapport d'expertise et relève que le trouble dépressif d'intensité moyenne a été retenu par l'expert. En outre, l'expert est d'avis que le stress post-traumatique a eu une influence minime sur la capacité de travail du recourant dans le circuit économique normal. S'agissant des

troubles physiques, le recourant explique qu'un examen complet a été effectué récemment, lequel a mis en évidence une détérioration notable de son état de santé. Il produit un rapport établi le 2 novembre 2007 par la Dresse F_____, spécialiste FMH en radiologie. De l'avis du recourant, les conclusions de cet examen confirmeraient le diagnostic posé par le Dr O_____, soit un trouble somatoforme douloureux sur l'hémicorps droit. Le recourant considère que l'état de stress post-traumatique a une influence sur sa capacité de travail, mais à titre secondaire, étant donné que ce sont les problèmes physiques qui sont à l'origine de son principal handicap. Il persiste dans ses conclusions.

A l'appui de ses conclusions, le recourant produit également un rapport établi le 17 février 2006 par la Dresse F_____ portant sur un examen de sa colonne dorsale (D6-D8). Il y est constaté une importante discopathie D8-D9, une arthrose facettaire au niveau D8-D9, plus importante à droite, avec un rétrécissement modéré du canal de conjugaison du côté droit ainsi que des spondyloses dorsales étagées.

27. Le 13 février 2008, le Tribunal de céans a interpellé le Dr T_____ en lui communiquant l'avis médical du SMR du 1^{er} novembre 2007.
28. Le 25 mars 2008, l'expert relève que du point de vue de la médecine des assurances la capacité de travail du recourant est totale. Il explique que le trouble psychique dont souffre le recourant correspond à une réaction psychologique à des circonstances adverses. Le recourant ne souffre pas d'un trouble qui aurait pu altérer ses capacités d'adaptation.
29. Cet avis a été communiqué aux parties qui ont été invitées à se déterminer.
30. Par courrier du 23 avril 2008, le recourant a sollicité une prolongation de délai pour se déterminer, rappelant qu'il est dans l'attente d'un avis de la clinique de Belle-Idée.
31. Dans son écriture du 8 mai 2008, l'intimé conclut au rejet du recours, au motif que le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée de type sédentaire.
32. Dans son écriture du 30 mai 2008, le recourant admet les conclusions de l'expertise psychiatrique, relevant qu'il a introduit sa demande non pas sur la base de son état de stress post-traumatique, mais sur la base de son état physique. Il produit un rapport du Dr S_____ rédigé le 16 avril 2008. Il en résulte que suite à l'examen du 2 novembre 2007, le recourant présente une rachialgie diffuse avec trois pathologies essentielles : une scoliose avec cyphose dorsale (D7-D10) à convexité droite ; une arthrose étagée avec raideur articulaire provoquée par des ponts intra osseux par calcification du ligament longitudinal antérieur ainsi que des rétrécissements des canaux de conjugaisons des deux côtés. Selon ce médecin, la

marche, la position debout et assise n'excèdent pas 15 minutes. Le recourant persiste dans ses conclusions.

33. Cette écriture a été communiquée à l'intimé et la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. 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 et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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).

En l'espèce, la décision litigieuse, du 27 avril 2006, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

3. Le litige consiste à déterminer si le recourant présente une atteinte à la santé invalidante, ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le

marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). C'est le lieu de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Il en résulte que le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).
6. Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGA). Toutefois, si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

7. Enfin, dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4).
8. En l'occurrence, le recourant est d'avis que son état de santé ne lui permet pas d'exercer à plein temps son activité habituelle. Pour sa part, l'intimé soutient que le recourant ne présente aucun trouble invalidant et que sa capacité de travail est entière dans une activité de type sédentaire.

Sur le plan somatique, le recourant se plaint de douleurs sur l'hémicorps droit et de dorsalgies. Les médecins ont constaté une scoliose avec rotation des corps vertébraux (Dr L_____, rapport du 26 mai 2001 et Dr R_____, rapport du 6 décembre 2002) et une dysesthésie de l'hémicorps droit (Drs P_____ et Q_____, rapports des 16 octobre 2002 et 28 février 2003, Dr S_____, rapport du 30 septembre 2004). Les bilans radiologiques dorso-lombaires effectués en juin 2001 et à fin 2002 n'ont cependant pas permis d'expliquer la symptomatologie présentée par le recourant (Drs P_____ et Q_____, rapports des 16 octobre 2002 et 28 février 2003). De l'avis du Dr O_____, le recourant souffre d'un trouble somatoforme douloureux avec douleurs de l'hémicorps droit (rapport du 17 mars 2005). Selon ce médecin et le Dr S_____, le recourant ne subit pas d'incapacité de travail (rapports des 30 septembre 2004 et 17 mars 2005). Enfin, le Dr U_____, en se fondant sur les rapports précités, a conclu que le recourant a une capacité de travail entière dans un poste de type sédentaire (rapport du 25 avril 2006).

Le Tribunal de céans est d'avis que les rapports médicaux précités ne permettent cependant pas de se déterminer en toute connaissance de cause.

Ainsi, l'appréciation du Dr O_____, établie le 17 mars 2005, se fonde sur des constatations remontant à 2002 (la dernière consultation datant du 17 décembre 2002), soit plus de trois ans avant la notification de la décision litigieuse. En outre, ce médecin, rhumatologue de formation, a posé un diagnostic psychiatrique, soit un trouble somatoforme douloureux, qui sort de son champ de compétences. Le rapport du Dr S_____ contient, quant à lui, des contradictions s'agissant notamment de la capacité de travail du recourant. En effet, ce médecin indique que la dysesthésie de l'hémicorps droit dont souffre le recourant a des répercussions sur sa capacité de travail, tout en retenant que celle-ci est entière, sans diminution de rendement. Enfin, si les Drs P_____ et Q_____ ont certes noté, dans leurs rapports des 16 octobre 2002 et 28 février 2003, l'absence de constatations radiologiques permettant d'expliquer la symptomatologie présentée par le recourant, il y a lieu de relever qu'en date du 16 février 2006, soit deux mois avant la notification de la décision litigieuse, un scanner de la colonne dorsale du recourant a révélé une importante discopathie D8-D9 et une arthrose facettaire au niveau D8-D9, plus importante à droite, avec un rétrécissement modéré du canal de conjugaison du côté droit (pièce jointe aux observations du recourant du 7 novembre 2007). A cet égard, il convient de relever qu'aucun médecin spécialisé en orthopédie ne s'est prononcé sur ces constatations radiologiques, ni sur leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail du recourant. Enfin, s'agissant de l'activité habituelle exercée par le recourant, le Tribunal de céans note qu'aucun rapport médical n'indique les exigences physiques que l'exercice de cette activité implique. A ce propos, le Dr U_____ est d'avis qu'elle correspond à une activité de type sédentaire (rapport du 25 avril 2006), alors que le recourant fait valoir qu'elle exige, outre des capacités intellectuelles, un travail sur le terrain (écriture du 11 septembre 2006).

Il s'ensuit que le dossier ne contient aucun élément utile à une appréciation adéquate de la situation médicale du recourant, étant précisé que le bref avis émis par le Dr U_____ le 25 avril 2006 ne revêt par ailleurs pas la valeur probante requise par la jurisprudence. En outre, le rapport du 2 novembre 2007 établi par la Dresse F_____ ainsi que l'avis du Dr S_____ du 16 avril 2008, à la lecture desquels il semblerait que l'état somatique du recourant se soit modifié postérieurement au moment où l'intimé a rendu sa décision litigieuse, ne peuvent être pris en compte pour apprécier la légalité de cette décision (cf. ATF 121 V 362 consid. 1b p. 366). La question des atteintes physiques et de l'étendue de la capacité de travail du recourant n'apparaît ainsi pas suffisamment éclaircie et justifie la mise en œuvre d'un complément d'instruction sur le plan somatique. Du reste, le Dr S_____ lui-même recommandait qu'un examen complémentaire soit effectué (rapport du 30 septembre 2004).

Sur le plan psychique, il ressort de l'expertise réalisée le 10 octobre 2007 par le Dr D. T_____, complétée par courrier du 25 mars 2008, que le recourant présente un état de stress post-traumatique et un trouble dépressif d'intensité moyenne. Selon l'expert, ces atteintes n'entraînent aucune incapacité de travail.

Le Tribunal de céans est d'avis que l'expertise du Dr T_____ n'est cependant pas suffisamment probante, au vu de la manière dont cet expert a retenu les deux diagnostics précités. En effet, après avoir repris les définitions données par l'Organisation mondiale de la santé concernant les épisodes dépressifs et l'état de stress post-traumatique, l'expert s'est contenté d'indiquer « c'est le cas de B_____. Il remplit une majeure partie de ces critères. » (rapport d'expertise, p. 7), voire même uniquement « c'est le cas de B_____ » (rapport d'expertise, p. 8), sans fournir d'autres explications. Dès lors que l'expert se contente de citer des définitions, sans en faire une application circonstanciée et concrète au cas d'espèce, les diagnostics posés par le Dr T_____ ne convainquent absolument pas.

Le Tribunal de céans constate également que l'appréciation de l'expert quant aux répercussions de l'état de stress post-traumatique sur la capacité de travail du recourant n'est pas claire. Ainsi, l'expert indique que le taux de la capacité de travail du recourant n'a pas varié en raison de l'état de stress post-traumatique, tout en estimant que des mesures thérapeutiques peuvent améliorer très faiblement (10% environ) la capacité de travail (rapport d'expertise p. 13).

S'agissant du trouble dépressif d'intensité moyenne, l'appréciation de l'expert quant aux répercussions sur la capacité de travail du recourant manque également de clarté. En effet, dans son rapport du 10 octobre 2007, l'expert a noté que le recourant avait pu suivre avec succès des cours dans le cadre du chômage. Ces éléments faisaient conclure à l'expert que le recourant avait, en 2003, une capacité de travail intacte (rapport d'expertise p. 10). L'expert ne s'est ensuite pas prononcé sur l'évolution de cette capacité de travail, tout en relevant que le trouble dépressif s'était aggravé dès juin 2005 (rapport d'expertise p. 11). Interpellé sur les conséquences actuelles sur la capacité de travail du trouble dépressif, l'expert a, dans son courrier du 25 mars 2008, retenu une capacité de travail entière, sans indiquer les motifs pour lesquels il retient une capacité identique malgré l'aggravation du trouble précité.

On relèvera de surcroît que, que ce soit pour l'état de stress post traumatique chronique de gravité moyenne ou pour le trouble dépressif d'intensité moyenne, l'expert n'explique pas pour quelles raisons ces atteintes n'ont aucune incidence sur la capacité de travail du recourant, alors qu'il estime tout de même le pronostic mauvais compte tenu de l'âge du recourant et de la durée de l'évolution des troubles (rapport d'expertise p. 11).

Pour tous ces motifs, le Tribunal de céans est d'avis que l'expertise du Dr D. T_____ n'est pas suffisamment probante pour tirer des conclusions définitives dans le cas d'espèce, de sorte qu'une nouvelle instruction sur le plan psychique est également nécessaire.

9. Il se justifie dès lors d'admettre partiellement le recours, de renvoyer la cause à l'intimé qui complètera l'instruction, par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire orthopédique et psychiatrique, dans les meilleurs délais. Les experts devront se prononcer sur l'ensemble des atteintes à la santé que présente le recourant et déterminer quelles en sont les répercussions sur sa capacité de travail. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision concernant le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures de reclassement.
10. Le recourant, représenté par un avocat, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'espèce à 3'000 fr. (art. 61 let. g LPGA). Par contre, aucun émolument ne sera mis à la charge de l'intimé, le recours ayant été interjeté avant le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification de la LAI du 16 décembre 2005, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule les décisions de l'OCAI des 11 novembre 2005 et 27 avril 2006.
4. Renvoie la cause à l'OCAI afin qu'il mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire dans les meilleurs délais dans le sens des considérants et rende une nouvelle décision.
5. Condamne l'OCAI à payer au recourant la somme de 3'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR

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