

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/207/2007

ATAS/672/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 29 mai 2009**

En la cause

Monsieur A \_\_\_\_\_, domicilié à Meyrin, comparant avec élection de \_\_\_\_\_ recourant  
domicile en l'étude de Me Gilbert BRATSCHI

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue \_\_\_\_\_ intimé  
de Lyon 97, 1203 Genève

**Siégeant : Karine STECK, Présidente, Violaine LANDRY-ORSAT et Norbert HECK,  
Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_, né en 1956, d'origine algérienne et sans formation professionnelle, a travaillé en tant que nettoyeur pour l'entreprise X\_\_\_\_\_ SA. Son activité consistait à passer l'aspirateur, à laver à la main les sols ainsi que les vitres intérieures des bâtiments et à sortir deux fois par semaine des containers remplis de papier.
2. Le 16 mars 2001, après avoir sorti un premier container et pendant qu'il poussait le second, l'assuré s'est rendu compte que celui-ci était beaucoup plus lourd que d'habitude. Il l'a alors stoppé au bord du trottoir, est descendu sur la chaussée, a empoigné la poignée centrale à deux mains et l'a tirée vers le haut pour lever les roues et faire descendre le container du trottoir. En effectuant ce mouvement, l'intéressé a ressenti une brûlure au niveau des deux coudes mais il s'est efforcé de maintenir le container dans sa position car il se trouvait entre deux voitures de luxe. Lorsqu'il a voulu poser sa charge sur la chaussée, il s'est rendu compte qu'il n'arrivait plus à ouvrir normalement les mains.
3. Le même jour, il a consulté le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, qui a posé les diagnostics d'épicondylite externe gauche sévère et de dysthymie et attesté d'une incapacité totale de travail.
4. Dans un rapport daté du 6 juillet 2001, le Dr L\_\_\_\_\_ a expliqué avoir mis en œuvre divers types de traitements (médicamenteux, physiothérapeutique, ergothérapeutique), une immobilisation complète du membre supérieur gauche durant deux semaines, deux infiltrations et un bracelet épycondilien, sans que l'amélioration de la symptomatologie ne dépasse jamais 30%. Le médecin a précisé que l'échec des tentatives de mobilisation active du membre supérieur gauche avait également engendré un état dysthymique.
5. Le 21 novembre 2001 le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin-conseil de GENERALI, a examiné l'assuré. Dans son rapport du même jour, il a diagnostiqué une épicondylite du coude gauche, une hernie discale C6 et a jugé justifiée l'incapacité de travail à 100% depuis le 16 mars 2001. Le médecin a émis des craintes quant au développement d'un état de sinistrose (pce 8 OCAI).
6. Dans un rapport du 19 décembre 2001, le Dr L\_\_\_\_\_ a précisé que le problème ostéo-articulaire de l'assuré était pris en charge depuis septembre 2001 par la Dresse N\_\_\_\_\_, rhumatologue, ce qui avait amélioré progressivement la symptomatologie, sans toutefois permettre encore une reprise du travail.
7. L'assureur perte de gain a confié un mandat d'expertise au Dr O\_\_\_\_\_, chirurgien. Ce dernier, dans son rapport du 1er mars 2002, a confirmé les diagnostics déjà connus et estimé que l'épicondylite paraissait être la cause principale de l'incapacité de travail, laquelle était tout à fait justifiée dans l'activité

de manutentionnaire et probablement de façon définitive. Selon le médecin, un recyclage professionnel dans une activité n'exigeant pas d'efforts et si possible pas de travaux répétitifs avec le membre supérieur gauche était souhaitable (pce 8 OCAI).

8. Le 31 octobre 2002, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI).
9. Dans un rapport daté du 22 novembre 2002, la Dresse N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en maladies rhumatismales, a posé les diagnostics de cervico-brachialgies gauches chroniques C4-C5 présentes depuis l'automne 2000, d'épicondylite gauche chronique apparue à la même époque, de lombalgies chroniques présentes depuis août 2000 et d'état dépressif réactionnel. Elle a conclu à une incapacité totale de travail depuis le 16 mars 2001. Le médecin a estimé qu'il était peu probable que le patient puisse reprendre une activité de manutentionnaire mais qu'en revanche, une activité demandant moins d'efforts au niveau des membres supérieurs devrait être possible (pce 11 OCAI).
10. Le 24 janvier 2003, le Dr P\_\_\_\_\_, du service médical régional AI (SMR), a admis l'incapacité totale de travail de l'assuré dans son activité de manutentionnaire mais estimé que l'intéressé pourrait en revanche exercer une activité adaptée à raison de six heures par jour (pce 15 OCAI).
11. Dans un rapport daté du 15 août 2003, le Dr Q\_\_\_\_\_, chef de clinique de la consultation des Pâquis, a attesté d'une hernie discale et d'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique. Le médecin a indiqué que la symptomatologie dépressive s'était aggravée, entraînant une incapacité totale de travail (pce 27 OCAI).
12. Le Dr L\_\_\_\_\_ a confirmé, le 28 mai 2003, la péjoration des lombalgies et de la thymie (pce 29 OCAI).
13. Cette aggravation de l'état dépressif a également été corroborée par la Dresse N\_\_\_\_\_ le 9 mai 2003 (pce 29 OCAI).
14. Un examen bidisciplinaire a alors été pratiqué le 27 octobre 2004 par les Drs R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, tous deux médecins auprès du service médical régional AI (SMR; cf. pce 45 OCAI).
15. Au nombre des diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, les médecins ont retenu : une épicondylite bilatérale prédominant à gauche, des cervico-brachialgies gauches, des lombosciatalgies gauches dans le cadre de troubles dégénératifs rachidiens modestes, un trouble somatoforme douloureux

chronique et un trouble de l'humeur persistant chez une personnalité à traits caractériels dans le cadre d'un conflit conjugal.

Les médecins ont relevé que le statut neurologique était entaché de nombreuses incohérences entrant dans le domaine des signes comportementaux de non-organicité. L'examen du rachis a également montré plusieurs singularités. Les médecins n'ont pas relevé de troubles statiques significatifs. Selon eux, l'examen objectif a été entaché de multiples incohérences concernant la problématique rachidienne et neurologique. S'agissant des membres supérieurs, les médecins ont qualifié l'examen objectif d'également préoccupant : malgré les douleurs sévères annoncées par l'assuré au niveau de l'épaule gauche, l'intéressé a réalisé lors de l'examen des mouvements symétriques et normaux des deux épaules. Au surplus, aucune amyotrophie significative du moignon de l'épaule gauche n'a été relevée. Les médecins ont admis l'existence de troubles dégénératifs incontestables mais les ont qualifiés de modestes et sans relation avec les plaintes alléguées.

Au plan psychiatrique, ils ont estimé que la situation était figée et chronifiée, avec un syndrome douloureux somatoforme chronique évoluant depuis trois ans sans efficacité des traitements conformes aux règles de l'art et avec perte d'intégration sociale. Ils ont ajouté que l'assuré ne présentait pas d'état dépressif au moment de l'examen, le trouble dépressif majeur décrit en 2003 étant amendé. Ils n'ont relevé qu'un état "d'allure dysphorique et réactionnel" et en ont tiré la conclusion qu'il n'y avait pas de comorbidité au sens de l'assurance-invalidité.

Cependant les médecins, en tenant compte des éléments précités et des plaintes du patient, ont estimé qu'il existait un certain nombre de limitations fonctionnelles entravant la capacité de travail de l'assuré, qu'ils ont estimée à 70% dans une activité adaptée. Ils ont préconisé d'éviter les travaux impliquant des mouvements répétitifs contre résistance des avant-bras, le soulèvement régulier de charges d'un poids supérieur à 10 kg, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, le maintien permanent de la nuque dans une position immobile et ont recommandé d'alterner les positions une fois par heure.

Selon eux, auparavant, l'incapacité de 100% avait été justifiée tant pour des raisons somatiques que psychiatriques mais la situation s'était améliorée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004. A compter de cette date, les médecins ont considéré que l'assuré avait recouvré une capacité de travail de 70% « si l'on tient compte de l'état dépressif majeur de l'été 2003 et du temps théoriquement nécessaire à l'amélioration d'un tel état ».

16. Le 10 février 2005, le Dr T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a attesté d'une dépression majeure entraînant une incapacité totale de travail (pce 60 OCAI).
17. Le Dr P\_\_\_\_\_, du SMR, a relevé, dans un avis rédigé le 1<sup>er</sup> mars 2005, que le Dr T\_\_\_\_\_ EL DINE parlait à la fois, dans son rapport d'une dépression

majeure depuis 2001 et d'un trouble dépressif sévère depuis 2003, ce qui l'a amené à qualifier l'appréciation du médecin d'imprécise et non étayée (pce 65 OCAI).

18. Le dossier de l'assuré a été soumis à la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI. Cette dernière a comparé le revenu que l'assuré aurait pu réaliser en 2004 sans atteinte à la santé, soit 40'694 fr., à celui qu'il aurait pu obtenir la même année en exerçant à 70% une activité simple et répétitive et compte tenu d'une réduction de 15%, soit 34'400 fr. (4'557.- par mois en 2002 pour 40h./sem. = 4'751.- par mois en 2002 pour 41,7 h./sem. = 57'008.- par an en 2002 = 57'816.- par an en 2004 = 40'471.- par an à 70% avant réduction), aboutissant ainsi à un degré d'invalidité de 15% (pce 67 OCAI).
19. Le 13 juin 2005, le Dr U\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, a confirmé les diagnostics posés par le Dr L\_\_\_\_\_ en juillet 2004. Il conclut par ailleurs à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée (pce 73 OCAI).
20. Le 17 juin 2005, le Dr V\_\_\_\_\_, chef de clinique du département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) a brièvement attesté de l'existence d'un trouble dépressif récurrent installé et d'une incapacité de travail de 100% (pce 73 OCAI).
21. Le 12 août 2005, la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA) a refusé de verser des prestations à l'assuré au motif que ce dernier n'avait pas été victime d'un accident et ne présentait pas de lésions corporelles assimilées à un accident. Cette décision a été confirmée sur opposition le 28 octobre 2005.
22. Par décision du 7 septembre 2005, l'OCAI a octroyé à l'assuré une rente entière limitée dans le temps, du 1er mars 2002 au 31 mars 2004.
23. Le 10 octobre 2005, l'assuré a formé opposition à cette décision. En substance, il a fait valoir, en se fondant sur divers rapports médicaux, que c'était à tort que l'OCAI ne lui avait octroyé qu'une rente entière limitée dans le temps. Il a allégué que son état de santé ne s'était nullement amélioré depuis janvier 2004 et a conclu à ce qu'une rente entière de l'assurance-invalidité lui soit versée au-delà du 31 mars 2004 et pour une durée indéterminée.
24. Le dossier de l'assuré a alors été soumis au Dr W\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne au SMR. Ce médecin a émis l'avis que les critères permettant d'admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme n'étaient pas réalisés. Au plan physique, il a relevé que le Dr U\_\_\_\_\_ avait conclu à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

Le Dr W\_\_\_\_\_ a encore souligné que le degré de sévérité de la dépression peut varier grandement dans le temps et que le qualificatif "majeur" n'est pas admis par

la CIM-10 pour qualifier un épisode dépressif. Il a estimé que le diagnostic le plus probable était celui d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2) en soulignant que ce type d'atteinte à la santé psychique répond dans la plupart des cas à un traitement médicamenteux adapté et exigible. Il a rappelé qu'un rapport médical daté du 15 août 2003 avait attesté d'un suivi psychiatrique depuis le 24 juin 2003 et posé un pronostic favorable, dont il a relevé qu'il avait été confirmé par le fait qu'aucun diagnostic de dépression n'avait été retenu par le SMR en octobre 2004. Il en a tiré la conclusion que le traitement mis en place par la consultation des Pâquis seize mois plus tôt s'était révélé efficace, d'autant que le niveau plasmatique des médicaments prescrits n'avait pas été vérifié entre août 2003 et octobre 2004 (pce 81 OCAI).

25. Dans un rapport du 16 mars 2006, le Dr B\_\_\_\_\_, chef de clinique du département de psychiatrie des HUG, a indiqué que l'état de santé de l'assuré avait évolué de manière "peu favorable" depuis le mois de juin 2005. Le médecin a expliqué que l'état dépressif, qualifié de majeur, persistait, avec des phases de tristesse et d'irritabilité importantes, une baisse de l'estime de soi, et une fatigue intense. Il a ajouté que le patient présentait souvent des pensées suicidaires, sans projet de passage à l'acte. Le médecin a précisé que malgré plusieurs essais médicamenteux, la psychopathologie affective sévère du patient persistait et ne répondait que partiellement aux traitements instaurés. Il a conclu à une incapacité totale de travail (pce 89 OCAI).
26. Un nouvel examen bidisciplinaire a alors été pratiqué par les Drs U. IMHOF, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et E. ALBEANU, psychiatre, du SMR. Ces médecins ont rendu leur rapport en date du 18 mai 2006 (pce 107 OCAI).

Les médecins ont retenu à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail : une épicondylite chronique bilatérale prédominant à gauche et des lombosciatalgies gauches non déficitaires dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs, une hernie discale et une dysbalance musculaire. Ils ont également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans influence sur la capacité de travail : un diabète, des acouphènes, un excès pondéral, de troubles de l'humeur persistants et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

L'examen clinique n'a montré ni dépression majeure ni décompensation psychotique, ni anxiété généralisée, ni trouble phobique, ni trouble de la personnalité morbide, ni syndrome douloureux somatoforme persistant, ni perturbation grave de l'environnement psychosocial, ni limitations fonctionnelles psychiatriques invalidantes.

Les médecins n'ont finalement retenu que le diagnostic de troubles de l'humeur persistants. Ils n'ont en effet pu objectiver le diagnostic d'état dépressif majeur posé

par le Dr B\_\_\_\_\_. Selon eux, l'assuré dispose de trop de ressources pour se voir reconnaître un état dépressif majeur d'intensité moyenne ou sévère.

En l'absence d'un véritable sentiment de détresse et au motif que la douleur est d'origine organique, ils n'ont pas non plus retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant.

Au plan ostéo-articulaire, les médecins ont relevé que l'assuré ne se plaignait plus de cervicobrachialgies. Ils ont préconisé d'éviter les positions statiques ou en porte-à-faux, le port de charges et les flexions répétitives des coudes.

Les médecins ont conclu à une incapacité totale de travail pour raison psychiatrique entre 2003 et 2004. Ils l'ont ramenée à 30% depuis le début de l'année 2004 puis à 0% vu l'amélioration au niveau cervico-brachial et l'absence de psychologie psychiatrique.

27. A noter que dans un arrêt rendu le 23 mai 2006, le Tribunal cantonal des assurances sociales, saisi d'un recours contre les décisions rendues par la SUVA, l'a admis partiellement en ce sens que le caractère accidentel de l'événement du 16 mars 2001 a été admis et la cause renvoyée à la SUVA pour examen des autres conditions du droit aux prestations.
28. Le 9 août 2006, le Dr F. D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi, a évalué la capacité de travail de l'assuré à 0% en raison de handicaps somatiques bien typés et de symptômes psychiatriques sévères (pce 114 OCAI).
29. Le 12 septembre 2006, le Dr D\_\_\_\_\_ a confirmé que l'état psychiatrique du patient le rendait incapable d'une quelconque activité. Il a fait état d'hallucinations, d'une susceptibilité pathologique, d'agressivité et a émis l'opinion qu'une hospitalisation en milieu psychiatrique serait justifiée (pce 104 OCAI).
30. Le 20 novembre 2006, le Dr W\_\_\_\_\_, du SMR, a réaffirmé que les atteintes somatiques de l'assuré étaient responsables de l'incapacité de travail et relevé que les conclusions du second examen bidisciplinaire rejoignaient celles émises par la Dresse N\_\_\_\_\_-KISTEN en 2002, à savoir une activité adaptée à raison de 6 heures par jour.
31. Par décision sur opposition du 6 décembre 2006, l'OCAI a confirmé sa décision du 7 septembre 2005.

Il a relevé que selon les pièces versées au dossier, l'assuré souffrait d'une épicondylite chronique bilatérale prédominant à gauche, survenue le 16 mars 2001 et qu'à cette atteinte s'étaient ajoutés différents autres troubles tels que des lombalgies, du diabète et un état dépressif.

L'OCAI s'est référé au rapport d'examen bidisciplinaire rendu le 27 octobre 2004. Il a retenu que si l'assuré avait effectivement subi une restriction de sa capacité de travail, les constatations effectuées par les médecins permettaient de considérer qu'il y avait eu amélioration de la capacité de travail et de gain dès le mois de janvier 2004.

Si l'ancienne activité de manutentionnaire restait manifestement impossible, en revanche, l'OCAI a estimé que l'on pouvait exiger de l'assuré qu'il reprenne une activité adaptée à 70% dès janvier 2004.

Du second examen bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique pratiqué le 18 mai 2006, l'OCAI a retenu que les seuls diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail étaient une épicondylite chronique bilatérale prédominant à gauche, des lombosciatalgies gauches non déficitaires dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs, une hernie discale L3-L4 et L4-L5 et une dysbalance musculaire, que l'assuré avait développé une symptomatologie anxio-dépressive qui s'était améliorée progressivement grâce à une prise en charge psychiatrique ambulatoire accompagnée d'un traitement médicamenteux psychotrope, que l'assuré ne souffrait d'aucune maladie psychiatrique invalidante et que sa capacité de travail exigible devait être considérée comme entière dans toute activité depuis 2004, date de l'amélioration de son état de santé tel que l'avait déjà attesté la Dresse S\_\_\_\_\_, puisque l'épisode dépressif d'intensité sévère sans symptôme psychotique était en rémission complète depuis le début de l'année 2004. Par ailleurs, l'OCAI a estimé que le status clinique, du point de vue ostéo-articulaire, était superposable à celui mis en évidence en octobre 2004, voire même quelque peu amélioré puisque l'assuré ne se plaignait plus de cervicalgies, que les acouphènes gauches avaient disparu et que le diabète était bien compensé.

Quant aux documents médicaux produits par l'assuré, l'OCAI a estimé qu'ils n'apportaient aucun argument nouveau objectif susceptible de modifier son appréciation.

Après comparaison des gains, l'OCAI a fixé le degré d'invalidité à 15%, taux insuffisant pour ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Une aide au placement a toutefois été proposée à l'assuré.

32. Par courrier du 19 janvier 2007, l'assuré a interjeté recours contre cette décision.

En substance, il conteste que sa capacité de travail se soit améliorée au début de l'année 2004. Il souligne que l'intimé s'est contenté d'estimer, de manière tout à fait théorique, qu'un laps de temps de six mois suffisait pour sortir de l'état dépressif majeur constaté en été 2003 et qu'aucun élément médical n'est venu confirmer cette opinion. Le recourant reproche au SMR d'avoir conclu théoriquement à une amélioration de son état sans prendre en compte la réalité des faits ni son dossier médical.

Il fait remarquer que, loin de s'améliorer, son état dépressif - qui existait déjà depuis 2001, en tous les cas depuis 2003 - n'a cessé de s'aggraver, ainsi qu'en témoignent les différents avis psychiatriques.

Le recourant invoque par ailleurs l'avis du Dr U\_\_\_\_\_ et en tire la conclusion que les diagnostics du SMR Léman sur le plan somatique sont manifestement incomplets et ne tiennent pas compte des éléments retenus par les médecins traitants, de sorte que leurs conclusions sur sa capacité de travail ne correspondent à aucune réalité.

Le recourant souligne par ailleurs qu'il ne souffre pas seulement d'une épicondylite bilatérale mais également de multiples autres atteintes à la santé qui n'ont pas été prises en considération par le SMR Léman, notamment des cervico-brachialgies importantes et chroniques radiologiquement documentées et un syndrome de compression de la branche inter-osseuse profonde du nerf radial, également documenté. De plus, un diagnostic nouveau a été posé, celui de syndrome canalaire de compression nerveuse. Il fait remarquer que ces diagnostics ont été confirmés par le Dr F. D\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi (OCE).

33. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 14 février 20057, a conclu au rejet du recours.
34. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 28 juin 2007.

Entendu à titre de témoin, le Dr Johann U\_\_\_\_\_ a exprimé l'avis que le SMR avait largement sous-estimé les atteintes du patient. A cet égard, il a fait remarquer qu'au niveau cervical, la symptomatologie n'avait pas même été mentionnée alors que le patient souffre de brachialgies et de cervicalgies qui s'expliquent par une atteinte dégénérative en C4 et C5, un rétrécissement des trous de conjugaison et une protrusion discale en C5-C6. Le témoin a ajouté qu'au niveau lombaire également, le SMR n'avait pas tenu compte de l'atteinte radiculaire avec irradiation dans la jambe gauche, précisant toutefois que cette symptomatologie avait ensuite régressé pour être remplacée par une symptomatologie de type instabilité (douleurs se manifestant sous forme de "coups de poignard" lors de certains types de mouvement).

Selon le Dr U\_\_\_\_\_, il est exagéré d'attendre de l'assuré une capacité de travail de 70%. Lui-même a évalué la capacité de travail du patient à 50% dans une activité adaptée, c'est-à-dire évitant tout effort physique majeur, toute position en porte-à-faux et permettant d'alterner les positions.

Par ailleurs, le Dr U\_\_\_\_\_ a émis l'opinion qu'il n'y avait eu aucune amélioration de l'état de santé du patient.

Il a précisé que les douleurs de ce dernier remontent à plusieurs années, qu'elles ont sans doute fluctué mais qu'elles sont demeurées, dans l'ensemble, stables ; elles se sont en revanche péjorées au niveau lombaire.

Suite à l'accident subi par l'assuré en 2001, les douleurs qui sont apparues ont d'abord amené le diagnostic d'épicondylite. Cependant, la symptomatologie a tellement persisté que le diagnostic de syndrome de compression de la branche profonde du nerf radial doit s'imposer. Ce diagnostic a d'ailleurs été confirmé par l'électromyographie qui a été pratiquée. Dans les deux cas, les douleurs sont sensiblement les mêmes puisque sont touchés les muscles du coude et de l'avant-bras mais toute épicondylite ne constitue pas un syndrome de compression nerveuse et inversement. L'un n'exclut pas l'autre non plus.

Le témoin a précisé qu'un nouvel électromyogramme a été pratiqué par le Dr JUSTAFRE le 23 mars 2007 qui a confirmé le syndrome de compression de la branche profonde du nerf radial.

La symptomatologie est plus marquée à gauche et c'est d'ailleurs le seul côté où les examens se sont montrés positifs, cependant, les "faux négatifs" sont courants dans les syndromes de compression.

Le Dr U\_\_\_\_\_ a ajouté que selon lui, une intervention chirurgicale serait indiquée, en tout cas à gauche, afin de procéder à l'élimination du passage étroit du nerf. Il a expliqué qu'à son avis, si le Dr GONSETH, après avoir étudié la doctrine, a jugé qu'une intervention serait peu efficace, c'est parce qu'il a considéré l'ensemble des résultats concernant les tennis elbow simples et les tennis elbow avec atteinte neurologique; alors que si l'on considère seulement ces derniers, les résultats des interventions chirurgicales sont tout à fait convaincants.

Le Dr U\_\_\_\_\_ a fait remarquer que le syndrome de compression avait également été laissé de côté par le SMR.

35. A également été entendu à cette occasion le Dr Fady B\_\_\_\_\_.

Le témoin a indiqué suivre le patient depuis le mois d'octobre 2005. Il a posé le diagnostic de trouble dépressif majeur, épisode isolé, d'intensité moyenne à sévère. Il a précisé que l'évolution sur les deux dernières années avait été plutôt défavorable.

Le témoin a contesté que l'état dépressif de l'assuré ait été en rémission. À son avis, la capacité de travail de l'assuré, du point de vue psychique, est nulle et ce, quelle que soit l'activité envisagée. Il y a certes eu de légères améliorations de la thymie dépressive mais partielles et passagères, malgré la très bonne compliance du patient.

Selon le témoin, durant ces améliorations, l'état dépressif a été, au mieux, d'intensité moyenne, mais il n'y a jamais eu ni rémission partielle ni amélioration véritable. Le témoin a fait remarquer que l'état dépressif a été diagnostiqué en 2003 et confirmé depuis lors par plusieurs psychiatres.

Le médecin a encore précisé que s'il est vrai que, normalement, les patients répondent bien à la médication lors d'un premier épisode dépressif, tel n'avait cependant pas été le cas de l'assuré.

36. À l'issue de l'audience, l'intimé a proposé qu'il soit procédé à une observation médicale supplémentaire, ce à quoi le recourant s'est opposé au motif que selon lui, son dossier est en état d'être jugé.
37. Dans un courrier daté du 3 août 2007, l'intimé a émis l'opinion que toutes les atteintes pertinentes à la santé avaient été examinées par le SMR dans son examen bidisciplinaire du 18 mai 2006 et que l'on pouvait en déduire que, globalement, rien ne s'opposait à la reprise d'une activité professionnelle adaptée à l'état de santé de l'assuré. L'intimé est dès lors revenu sur sa proposition de procéder à une nouvelle expertise médicale tout en ne s'y opposant pas formellement au cas où le Tribunal la jugerait nécessaire.
38. Quant à lui, le recourant s'est exprimé en date du 14 août 2007. Il relève que le SMR, dans son rapport médical du 10 novembre 2004, a admis une incapacité de travail totale dès le 16 mars 2001, tant pour des raisons somatiques que psychiatriques. Ce n'est qu'en se basant sur le « temps théoriquement nécessaire à l'amélioration d'un tel état dépressif majeur » que le SMR a fixé au 1er janvier 2004 le moment de la reprise d'une activité adaptée. Le recourant s'étonne que l'on puisse conclure qu'un état dépressif majeur puisse s'améliorer de lui-même théoriquement en six mois. Il fait remarquer que, loin de s'améliorer, son état s'est au contraire péjoré.
39. Le 21 juillet 2008, le Tribunal de céans a ordonné une expertise bidisciplinaire dont il a confié le volet rhumatologique au Dr E\_\_\_\_\_ et le volet psychiatrique au Dr C\_\_\_\_\_.
40. Le Dr E\_\_\_\_\_ a rendu son rapport en date du 22 octobre 2008, sur la base du dossier qui lui avait été remis, du dossier radiologique et de deux entretiens prolongés avec le recourant.

L'expert rhumatologue a retenu au titre de diagnostics influençant la capacité de travail : une épicondylopathie, une lombalgie basse avec sciatique dure à une discopathie et une spondylarthrose sévère, une atteinte du disque inter-vertébral cervical avec cervicalgies et radiculopathie, une hernie discale et un déconditionnement physique. Il a également mentionné un syndrome du canal carpien gauche sans répercussion sur la capacité de travail.

Le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que les limitations étaient maximales tant au point de vue physique (déconditionnement physique important) qu'aux plans psychique, mental et social. Il a par ailleurs émis l'avis que l'activité précédemment exercée ne pouvait plus être exigée du recourant, pas plus qu'une autre activité professionnelle. L'expert a indiqué partager l'opinion du Dr U\_\_\_\_\_ quant à la sous-évaluation du problème lombaire et au fait que la situation du patient ne s'est pas améliorée, malgré tous les traitements entrepris.

41. Le Dr C\_\_\_\_\_ a rendu son rapport en date du 8 février 2009, sur la base du dossier et de trois entretiens prolongés avec le recourant.

L'expert psychiatre a conclu à un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques entraînant une totale incapacité de travail. Il a précisé que, depuis novembre 2002, l'état du patient s'était péjoré, et ne s'était jamais rétabli, même partiellement. Selon le Dr C\_\_\_\_\_, le trouble psychiatrique du recourant est grave en lui-même et alimenté, qui plus est, par la souffrance physique et l'impuissance sociale. Il a émis l'avis que tous les traitements avaient été tentés, avec même un certain succès car, sans ces traitements, il aurait sans doute dû être hospitalisé en 2003. En conclusion, le Dr C\_\_\_\_\_ a estimé que l'assuré ne pourrait sans doute jamais réintégrer le circuit économique normal. Enfin, il a dit partager les conclusions du SMR sur le fait qu'il n'y avait pas de trouble somatoforme douloureux.

42. Par écriture du 4 mars 2009, le recourant a fait remarquer que le Dr E\_\_\_\_\_ était parvenu aux mêmes conclusions que le Dr U\_\_\_\_\_, à savoir que le rapport du SMR du 18 mai 2008 avait complètement méconnu une grande partie des atteintes somatiques. Il a par ailleurs relevé que le Dr C\_\_\_\_\_, quant à lui, partageait les conclusions du Dr B\_\_\_\_\_. Le recourant a donc persisté dans ses conclusions tendant à l'octroi d'une rente entière au-delà du 31 mars 2004.

43. Quant à l'intimé, il a émis l'avis que le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ était critiquable à plusieurs égards. Il lui a reproché d'avoir structuré son anamnèse « autour et en vue de la remise en cause des examens pratiqués par le SMR » et émet l'avis que ses conclusions apparaissent davantage fondées sur une conviction personnelle plutôt que sur une confrontation rigoureuse des éléments médicaux du dossier. En définitive, l'intimé nie toute valeur probante à ce rapport. Quant au rapport du Dr E\_\_\_\_\_, l'intimé admet que l'examen clinique est détaillé et l'anamnèse fouillée. Il reproche cependant au Dr E\_\_\_\_\_ d'avoir retenu un déconditionnement physique au nombre des diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, alors qu'un tel déconditionnement est réversible. L'intimé lui fait également grief d'avoir basé ses conclusions sur des jugements de valeur plutôt que sur des éléments médicaux et d'avoir confondu de manière inacceptable le rôle d'expert et de thérapeute. Enfin, l'intimé conclut que la juxtaposition des rapports

ne saurait suffire à leur conférer un caractère bidisciplinaire. En conclusion, l'intimé a persisté dans sa position.

### **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) 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 LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la 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; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.
4. Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant et en particulier sur la réduction qui a conduit à la suppression de sa rente à partir du 1<sup>er</sup> avril 2004.
5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGA.

Selon cette disposition, tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid 3.2).

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 p. 87).

6. 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).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points

litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Ainsi, 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 353 consid. 3b/bb).

En vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, 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).

7. Le recourant conteste le taux de la capacité résiduelle de travail de 70% retenu par l'intimé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 sur la base du rapport du SMR du 27 octobre 2004.

Le Tribunal de céans a considéré que ce rapport du SMR du 27 octobre 2004 ne pouvait se voir reconnaître valeur probante, raison pour laquelle il a ordonné deux nouvelles expertises. En effet, l'argumentation selon laquelle l'assuré devrait avoir recouvré une capacité de travail de 70% à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 ne se base sur aucun élément objectif mais sur la simple hypothèse - non vérifiée - que c'était le laps de temps « théoriquement nécessaire » pour que l'état dépressif majeur attesté durant l'été 2003 diminue. Au surplus, les conclusions de ce rapport ont été contredites tant par le Dr T\_\_\_\_\_ EL DINE - dans un avis il est vrai peu motivé - que par le Dr U\_\_\_\_\_, qui a, de manière convaincante, démontré que de nombreux problèmes somatiques avaient été soit sous-estimés, soit purement et simplement ignorés par le SMR. Enfin, ce rapport concluait à l'existence d'un trouble somatoforme douloureux qui a ensuite été nié par plusieurs médecins, au nombre desquels le Dr W\_\_\_\_\_, du SMR.

L'hypothèse selon laquelle l'état psychique de l'assuré se serait amélioré a en outre été infirmée par le Dr B \_\_\_\_\_, qui a qualifié la psychopathologie du patient de « sévère ».

Quant au second rapport d'examen du SMR, du 18 mai 2006, il convient de relever qu'il a été confié, pour le volet psychiatrique, à la Dresse ALBEANU. Or, dans un arrêt du 31 août 2007 (I 65/07), la IIe Cour de droit social du Tribunal fédéral a considéré qu'un rapport médical, élaboré dans le cadre d'un diagnostic de troubles somatoformes douloureux, signé par la Dresse ALBEANU avec l'indication "psychiatre FMH" ne pouvait se voir attribuer une pleine valeur probante, en raison d'une irrégularité d'ordre formel liée à l'utilisation d'un titre auquel le médecin ne pouvait prétendre. Notre Haute Cour a retenu qu'il n'était en conséquence pas possible de tirer d'un tel rapport des conclusions définitives sur l'état de santé d'un assuré, ni de fonder son appréciation uniquement sur cette pièce médicale.

Pour le surplus, le Tribunal de céans constate que les conclusions de la Dresse ALBEANU (troubles de l'humeur persistants) divergent pour le moins de celles émises par le Dr B \_\_\_\_\_ moins de deux mois auparavant.

Eu égard à ces éléments, le Tribunal de céans a donc ordonné deux nouvelles expertises, l'une rhumatologique, l'autre psychiatrique

Tant l'une que l'autre ont conclu à une incapacité totale de travail, quelle que soit l'activité envisagée. Les critiques émises par l'intimé à l'encontre de ces deux rapports d'expertise ne convainquent pas le Tribunal de céans. En effet, on ne voit pas en quoi le Dr C \_\_\_\_\_ aurait « structuré son anamnèse autour et en vue de la remise en cause des examens pratiqués par le SMR ». Il a simplement fait à l'encontre des rapports de ce dernier des critiques qui rejoignent celles qui avaient conduit le Tribunal de céans à ordonner de nouvelles expertises. Qui plus est, les conclusions du Dr C \_\_\_\_\_ sont corroborées par celles du Dr B \_\_\_\_\_, qui a contesté que l'état dépressif du recourant ait jamais été en rémission, et celles du Dr D \_\_\_\_\_, de l'OCE, qui avait relevé des symptômes psychotiques en septembre 2006 déjà et émis l'avis qu'une hospitalisation devrait peut-être être envisagée. Quant à l'expertise du Dr E \_\_\_\_\_, l'intimé admet lui-même qu'elle repose sur un examen clinique détaillé et une anamnèse fouillée. Qui plus est, les observations du Dr E \_\_\_\_\_ sont corroborées par celles du Dr U \_\_\_\_\_. Il est vrai que ce dernier concluait malgré tout à une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée sur le plan strictement physique, alors que le Dr E \_\_\_\_\_ a conclu à une incapacité totale, ce qui s'explique sans doute par le fait que, débordant le cadre de son domaine, il a procédé à une évaluation globale de la capacité de travail, comprenant également les éléments psychiques. Dans cette mesure, on peut effectivement reprocher à l'expert rhumatologue de ne pas s'être prononcé dans le cadre strict des affections somatiques. Mais quoi qu'il en soit, cela porte peu à conséquence dans la mesure où il apparaît que, du point de vue

psychique seulement, le recourant doit se voir reconnaître une totale incapacité de travail.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le Tribunal de céans considère qu'il y a lieu de suivre les conclusions du Dr C\_\_\_\_\_, principalement, et de reconnaître à l'assuré une totale incapacité de travail et, partant, le droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mars 2004.

Le recours est donc admis.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité est reconnu à Monsieur A \_\_\_\_\_ au-delà du 31 mars 2004.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 4'500 fr. à titre de dépens.
5. 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 :

Florence SCHMUTZ

Karine STECK

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