

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2208/2008

ATAS/1048/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 5**

**du 26 août 2009**

En la cause

Monsieur S \_\_\_\_\_, domicilié à ONEX, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Marlène PALLY

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique  
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur S\_\_\_\_\_, né en 1965 et d'origine tunisienne, est arrivé en Suisse fin 1990. Il est père d'un enfant né en 1993, issu d'une première union, et de trois enfants nés en 2001 et 2007, issus d'un second mariage. En dernier lieu, il a travaillé comme aide-cuisinier.
2. Depuis le 1<sup>er</sup> février 1994, il reçoit des prestations d'assistance de l'Hospice général.
3. Selon le rapport du 4 décembre 2003 du Dr A\_\_\_\_\_, rhumatologue et spécialiste en médecine du sport, l'intéressé a fait en Tunisie, le 11 février 2003, une chute en arrière d'une hauteur de deux étages qui a provoqué des contusions dorso-lombaires. Il est d'abord pris en charge en Tunisie avec simple mise au repos. De retour en Suisse, un bilan radiologique met en évidence une lésion du plateau supérieur L2 ainsi qu'un tassement cunéiforme de D11. Ces lésions sont traitées par le repos et des antalgiques. Le patient continue à se plaindre d'une douleur para-lombaire basse droite, quasiment constante, accentuée à tout effort, lors de changements de positions ainsi qu'à la position debout prolongée. A l'examen clinique, le Dr A\_\_\_\_\_ constate un allongement et une accentuation de la cyphose dorsale, une nette tension para-dorsale inférieure, une diminution modérée aux possibilités d'inclinaison latérale dorsale, une nette diminution aux possibilités de rotation dorsale à droite et une diminution modérée lors des tests effectués en position assise. Ce médecin mentionne en outre que le patient est sans emploi depuis près de trois ans et présente déjà de nombreux signes de chronicité.
4. Du 16 au 28 novembre 2005, l'intéressé séjourne au Service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) pour une évaluation de l'état vertébral actuel et l'indication d'une vertébro-plastie, ainsi que pour l'évaluation de la douleur et des répercussions de celles-ci sur sa capacité de travail. Dans leur rapport du 2 décembre 2005, les Dresses B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ diagnostiquent des dorsalgies mécaniques chroniques, un status post-tassement post-traumatique D11 et L2 et une hypertension artérielle. Pendant son séjour aux HUG, le patient bénéficie de séances de piscine et physiothérapie de renforcement musculaire sous traitement antalgique. Il reçoit en outre un enseignement des exercices et approches de protection du dos. Un bilan d'algothérapie résumant ses capacités professionnelles est également commencé (bilan partiel en raison des absences répétées du patient et de sa sortie précipitée). Aucune indication de vertébro-plastie n'est finalement retenue. Le patient quitte le service de rhumatologie prématurément pour des raisons familiales. Enfin, les médecins attestent une incapacité totale de travailler du 11 novembre au 4 décembre 2005.
5. Par demande reçue le 7 mars 2006, l'intéressé requiert des prestations de l'assurance-invalidité, en vue de l'obtention d'une rente.

6. Selon le rapport du 13 septembre 2006 du Dr D \_\_\_\_\_, généraliste et médecin traitant, l'assuré présente les diagnostics de dorsalgies mécaniques chroniques avec tassement post-traumatique des corps vertébraux D11 et L2, d'hypertension artérielle essentielle, d'asthme bronchique et d'un état anxio-dépressif récurrent. La capacité de travail est nulle depuis février 2003 à ce jour et l'état est stationnaire. Elle peut être améliorée par des mesures médicales. Des mesures professionnelles sont indiquées. Le patient se plaint de façon itérative de douleurs lombaires et d'une incapacité à avoir une activité physique importante. Dans les constatations subjectives, ce médecin mentionne que les différentes tentatives de rééducation fonctionnelle en milieu de réhabilitation notamment par hydrothérapie, ne semblent pas avoir amélioré les choses. La composante psychogène semble particulièrement importante à ce médecin. Le pronostic est réservé, compte tenu de la difficulté à obtenir une observance médicamenteuse suivie. L'objectif de réinsertion professionnelle doit être mis en première position. Dans l'annexe au rapport médical, le Dr D \_\_\_\_\_ déclare que l'assuré pourrait travailler à 50% dans une activité telle que gardiennage ou coursier. Une telle capacité de travail est exigible depuis le 15 juin 2006, selon son rapport médical concernant les capacités professionnelles. Dans celui-ci, il évalue également à 50% la capacité de travail de son patient comme aide-cuisinier.
7. Le 18 février 2008, l'assuré est soumis à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR), par les Drs E \_\_\_\_\_, rhumatologue et spécialiste en médecine physique et rééducation, et F \_\_\_\_\_, psychiatre. Il ressort de l'anamnèse de leur rapport du 31 mars 2008 que l'assuré a commencé un apprentissage informel dans un garage de peinture de voitures et de tôlerie en Tunisie qu'il a interrompu. Il a suivi ensuite une école professionnelle de trois ans et obtenu un certificat de tôlerie et de peinture de voitures en Tunisie. Puis, il a travaillé pendant deux ans comme aide-maçon avec des emplois irréguliers. En Suisse, il a travaillé d'abord dans une station d'essence pendant deux ans jusqu'à son licenciement à cause de fréquentes disputes avec son patron. Après une année de chômage, il a travaillé comme aide-cuisinier à la Coop pendant six ans. En 1997, il décrit d'importantes difficultés psychosociales, dans le contexte du divorce de sa première épouse, avec la survenue d'une baisse de l'humeur accompagnée d'angoisses et d'un manque d'intérêt et de motivation. Il subit par la suite une dépression pendant deux ans et perd son travail. Il dit avoir passé la plupart du temps à cette époque avec des amis en buvant de l'alcool et en perdant de l'argent avec des courses de chevaux. Il a accumulé pendant cette période d'importantes dettes qu'il estime à 35'000 fr. La situation s'améliore lorsqu'il trouve en 1999 un travail d'aide-cuisinier et rencontre sa deuxième épouse. Dans cet emploi, il décrit des conflits réguliers avec des collaborateurs portugais. Après avoir travaillé dans un autre emploi comme aide-cuisinier, il est au chômage. Depuis 2002, il n'a plus repris une activité professionnelle. Il déclare par ailleurs avoir fait un stage à l'association ARVA

pendant trois mois en octobre 2003 mais l'avoir mal toléré en raison de ses douleurs au dos. L'assuré ne se voit pas retravailler, même dans une activité plus légère. Sa relation conjugale est harmonieuse malgré les difficultés à avoir des rapports sexuels à cause des douleurs au dos existant depuis 2003. L'assuré nie une perte de libido. Il maintient des proches et stables contacts avec sa famille en Tunisie et y passe régulièrement les vacances d'été avec sa famille. Il déclare avoir moins de contact avec ses anciens amis. En 2007, il bénéficie d'une séance chez un psychiatre. Il fume 30 cigarettes par jour depuis l'âge de 18 ans et dit boire deux à trois verres de bière par jour. Depuis trois ans, il fume du cannabis sous forme de joints, souvent le soir pour s'endormir. A l'examen clinique, l'assuré n'a pas de comportement algique et tolère sans difficulté la station assise pendant les 25 minutes de l'entretien avec le rhumatologue. Il se penche en flexion complète du tronc pour enlever ses chaussures, est capable de s'asseoir sur la table d'examen sans mesure de protection du rachis et sans signe d'inconfort. Lorsqu'on examine les hanches, l'assuré a un comportement algique démonstratif. Les troubles statiques sont modérés et les médecins sont surtout frappés par l'hypercyphose dorsale. La mobilité du rachis dorsal est restreinte en flexion et les rotations sont douloureuses. Au niveau lombaire, les douleurs sont multi-étagées et la mobilité est restreinte de façon modérée tant en flexion qu'en extension. Les médecins relèvent en outre une hypertension artérielle importante, l'assuré n'ayant pas pris son traitement le matin de l'examen. Quant à l'examen clinique psychiatrique, il n'a pas montré de dépression majeure, d'anxiété généralisée, de troubles phobiques, de trouble de la personnalité morbide ou de perturbation sévère de l'environnement psychosocial, lequel est inchangé depuis de nombreuses années et marqué par des proches et stables relations au plan familial et amical. La sévérité du trouble dépressif chronique est insuffisante pour justifier le diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. L'assuré reste par ailleurs capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, comme s'occuper de ses enfants, et assurer les tâches de la vie quotidienne. Il est relevé également que l'assuré a été capable de se marier plusieurs fois et de fonder une famille avec un dernier enfant né il y a 18 mois. Les médecins du SMR posent les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de dorso-lombalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte status post fractures-tassement de D11-L2, avec spondylodiscarthrose étagée. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sont les suivants: hypertension artérielle, asthme chronique, dysthymie, dépression anxieuse persistante, troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, avec syndrome de dépendance et utilisation continue, troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, avec utilisation épisodique. L'assuré doit éviter une attitude en porte-à-faux, des mouvements répétés de flexion-extension ou en rotation, le port de charges au-delà de dix kilos, la position statique debout au-delà de 30 minutes et assise au-delà d'une heure. Il n'y a pas de limitations fonctionnelles au plan psychiatrique. Sa capacité de travail comme aide-cuisinier est nulle depuis son accident. Dans une activité adaptée aux

limitations fonctionnelles, sa capacité de travail est de 100 % depuis début mars 2004, soit un an après son accident. L'assuré sous-estime par ailleurs ses capacités dans une activité physiquement légère et il existe une discordance entre ses allégations et les éléments objectivables de l'examen clinique. Il n'y a notamment pas d'explication aux douleurs diffuses lombaires ni à la variation du comportement algique lors de l'examen.

8. Le 28 avril 2008, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) informe l'assuré qu'il a l'intention de lui refuser le droit à une rente.
9. Le 14 mai 2008, le Dr D\_\_\_\_\_ certifie que l'état de santé actuel de son patient nécessite un suivi spécialisé en psychiatrie adulte.
10. En mai 2008, l'assuré consulte le Dr G\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, en raison de douleurs chroniques rachidiennes. Dans son rapport du 22 mai 2008, ce médecin déclare que le patient présente des dorso-lombalgies chroniques secondaires et d'importants troubles de la statique rachidienne. L'importance de ses douleurs ne lui permet actuellement pas d'envisager sereinement une quelconque reprise de travail. Le Dr G\_\_\_\_\_ admet toutefois une majoration des symptômes douloureux, du fait d'une atteinte dépressive et de l'utilisation de substances et d'alcool. L'incapacité de travail liée aux troubles statiques est de 30 %. Ces troubles nécessitent une prise en charge très régulière de type gymnastique posturale et renforcement musculaire. Le patient a également besoin d'une prise en charge psychiatrique suivie. Par ailleurs, en raison de l'interruption de ses activités professionnelles en 1999, il nécessite une aide à la réinsertion professionnelle pour trouver un travail adapté. L'élément psychiatrique rend cependant l'embauche impossible pour l'instant.
11. Par décision du 29 mai 2008, l'OCAI confirme le projet de décision précité.
12. Le 19 juin 2008, l'assuré recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, sous suite de dépens. Préalablement, il demande notamment une audience de comparution personnelle des parties. Il déclare avoir contacté la Dresse H\_\_\_\_\_, psychiatre, et que les séances ont débuté. Une attestation suivra. Par ailleurs, se fondant sur le certificat médical du Dr G\_\_\_\_\_, il fait valoir qu'il ne peut pas travailler, même dans une activité adaptée.
13. Le 25 juin 2008, le Tribunal de céans accorde au recourant un délai au 29 août 2008 pour fournir l'attestation médicale annoncée dans son recours. A sa demande, ce délai est prolongé au 12 septembre 2008. Le 9 septembre 2008, le recourant produit un certificat médical du Dr I\_\_\_\_\_, généraliste, attestant que le patient souffre de douleurs lombaires et dorsales depuis plusieurs années sur trouble statique sous forme d'une hypercyphose et tassements vertébraux, ainsi que d'un état dépressif réactionnel nécessitant un suivi régulier.

14. Le 3 octobre 2008, la Dresse J\_\_\_\_\_ du SMR se détermine sur le recours et les derniers certificats médicaux. Elle relève en particulier que le Dr G\_\_\_\_\_ ne reconnaît qu'une incapacité de travail de 30% sur le plan purement objectif. Quant aux difficultés de trouver un travail dont a fait état le Dr G\_\_\_\_\_, ces arguments sortent du champ médical. Le rapport de ce médecin ne montre en outre pas d'aggravation objective de l'état de santé, mais uniquement une aggravation subjective avec des discordances, une majoration des symptômes et un abaissement du seuil douloureux. Quant au certificat du Dr I\_\_\_\_\_, ce dernier ne précise pas la gravité du trouble dépressif, de sorte qu'il ne peut en être conclu que l'état psychique s'est aggravé.
15. Dans sa détermination du 6 octobre 2008, l'intimé conclut au rejet du recours, en se fondant sur l'examen médical du SMR, ainsi que l'avis de la Dresse J\_\_\_\_\_ précitée.
16. Le 28 janvier 2009, le recourant est entendu par le Tribunal de céans en comparution personnelle. Il déclare ce qui suit :

"Lorsque j'ai fait le stage ARVA, on devait faire beaucoup de choses, entre autres, faire la vaisselle après avoir mangé et dessiné. A tour de rôle, on devait faire la vaisselle pendant une semaine pour tout le monde. Cela me provoque des douleurs lombaires, car on doit tourner le dos. Je ne vois pas ce que je pourrais faire comme activité professionnelle avec ces problèmes.

Je ne continue pas à faire les exercices pour renforcer la musculature du dos, car ils me font mal. Même la physiothérapie me fait mal et je l'ai arrêtée pour cette raison.

Je tiens à préciser que, lors de mon accident du 1<sup>er</sup> février 2003, je suis tombé sur un tas de ferraille de briques. J'aurais pu mourir dans cet accident. D'ailleurs, lors de ma chute, du sang est sorti de mes 2 oreilles.

J'en ai fait des cauchemars et j'en fait encore aujourd'hui parfois. Je rêve que quelqu'un me pousse dans le vide.

Je suis une thérapie chez T\_\_\_\_\_, psychologue, et la Dresse K\_\_\_\_\_, psychiatre. J'ai vu d'abord M. T\_\_\_\_\_. Depuis quelques mois, je suis traité par la psychiatre.

J'ai une séance 2 fois par mois, parfois 3.

Mes médecins m'ont prescrit des somnifères et un antidépresseur, ainsi qu'un patch à la morphine.

Mon épouse bénéficie d'une rente d'invalidité. Elle a été agressée en 2000 par mon ex-femme, ainsi qu'à son lieu de travail à l'usine Multicuirs. Depuis lors, elle est incapable de retravailler.

Il est vrai que j'ai eu encore un enfant récemment, en 2006. Il n'était pas désiré à ce moment.

Les relations sexuelles avec mon épouse sont difficiles en raison des douleurs dorsales."

Quant au conseil du recourant, il précise à cette audience que son mandant présente une capacité de concentration diminuée, des troubles de la mémoire et des maux de tête. A cela s'ajoute une phobie sociale, de sorte qu'il évite de sortir de la maison, sauf pour amener les enfants à l'école. Enfin, il n'a plus d'amis.

17. A l'audience de comparution personnelle, le recourant produit une copie du courrier du 26 janvier 2009 de la Dresse K\_\_\_\_\_, psychiatre, et de M. T\_\_\_\_\_, psychologue, du Centre de psychologie clinique. Selon ceux-ci, le recourant présente un trouble de la personnalité multiple, dépendante et immature. De ce fait, sa situation familiale et conjugale est conflictuelle, ce qui aggrave la situation psychopathologique déjà déficitaire de l'intéressé. Le patient continue de consommer des dérivés du cannabis et occasionnellement des boissons alcoolisées. Ces produits ne facilitent pas son émergence psychologique, mais sont conçus par le patient comme anesthésiant sa douleur psychologique face à sa psychopathologie hautement significative, dans laquelle il se trouve depuis des années. Depuis que la Dresse K\_\_\_\_\_ et M. T\_\_\_\_\_ ont pris en charge le patient, à savoir dès mi-septembre 2008, son état psychopathologique s'aggrave, notamment en raison de facteurs familiaux. Le pronostic est réservé, à cause des atteintes psychiatriques et des ressources psychologiques pauvres. Ils préconisent une prise en charge psychologique avec sa famille, en traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré durant au moins 3 à 4 ans successifs et une prise en charge dans un établissement médicalisé pour le sevrage des dérivés de cannabis. Dans l'état actuel, ils ne voient pas comment le recourant pourrait s'inscrire dans une approche de réinsertion professionnelle ni reprendre une quelconque activité professionnelle.
18. Après avoir donné aux parties la possibilité de s'exprimer sur le choix de l'expert, ainsi que la liste des questions, le Tribunal de céans ordonne une expertise psychiatrique, par ordonnance du 6 mars 2009, et la confie au Dr L\_\_\_\_\_, psychiatre.
19. Le 19 mars 2009, le recourant transmet au Tribunal de céans une attestation du Dr K\_\_\_\_\_ et de M. T\_\_\_\_\_ du 18 mars 2009, certifiant que le recourant est pris en charge à leur établissement médical depuis le mois de septembre 2008 et qu'il connaît des difficultés comportementales liées intimement à sa souffrance psychopathologique induisant chez lui, entre autres, des limites de son self-control.

Le recourant produit également copie du courrier que le Service de protection des mineurs lui a adressé le 11 mars 2009. Dans ce courrier, ledit service fait état de ce que le recourant a agressé verbalement une de ses collaboratrices et qu'il a refusé de collaborer dans l'accompagnement éducatif de son fils.

20. Selon l'expertise du 9 juin 2009 du Dr L\_\_\_\_\_, le recourant présente une dysthymie, une dépendance à l'alcool, actuellement en rémission, une utilisation de cannabis nocive pour la santé et une personnalité émotionnellement labile, type impulsif. Pris séparément, aucune de ces atteintes ne devrait être durablement incapacitante. L'expert admet que le trouble de la personnalité peut certainement compliquer les relations de l'expertisé avec les autres et que cela peut déboucher sur des crises, voire des ruptures. Cependant, cela ne devrait pas l'empêcher durablement de travailler et on peut attendre de sa part qu'il fasse les efforts nécessaires pour établir et garder des relations acceptables avec ses interlocuteurs. L'expert relève à cet égard qu'en dépit du trouble de la personnalité, l'expertisé a pu exercer diverses activités professionnelles pendant une vingtaine d'années, alors même que les troubles de la personnalité débutent au plus tard au début de l'âge adulte. L'expert n'estime pas non plus que l'effet cumulatif des troubles psychiques diminuent la capacité de travail du recourant, les limitations imputables à chaque trouble étant temporaires et donc pas forcément simultanées. De surcroît, les limitations sont de types différents. Ainsi, l'expert conclut que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état physique. Quant aux mesures d'ordre professionnel, elles sont immédiatement possibles, à condition que le recourant soit motivé.
21. Le 11 août 2009, le recourant se détermine sur l'expertise judiciaire et persiste dans ses conclusions. Il fait observer que le rapport d'expertise ne précise pas à partir de quand il pourrait recommencer à travailler et que cela signifie "que l'incapacité de gain est retenue au moins pour une certaine durée par l'expert". Il conteste par ailleurs n'avoir pas toute la bonne volonté que l'on pourrait attendre de lui pour se mettre au travail, en soulignant qu'il souffre de douleurs handicapantes. Il a aussi des problèmes de dos importants qui nécessitent des soins et un traitement médicamenteux. Par ailleurs, le Dr G\_\_\_\_\_ estime qu'il n'a qu'une capacité de travail de 50 %. Le recourant demande ainsi une expertise pour évaluer ses problèmes physiques. Enfin, il relève que les problèmes du dos ont des répercussions sur son humeur, ainsi que son état nerveux et qu'ils affaiblissent sensiblement son état psychique. De ce fait, il qualifie la conclusion de l'expert judiciaire, selon laquelle il a une capacité de travail totale, de douteuse.
22. A l'appui de ses dires, le recourant joint un rapport du 30 juillet 2009 du Dr G\_\_\_\_\_, aux termes duquel les plaintes demeurent inchangées. L'examen clinique du 26 juin 2009 par ce médecin est superposable à celui de mai 2008. Les douleurs sont majorées par un état anxieux et les difficultés de réintégration professionnelle. Selon le Dr G\_\_\_\_\_, le recourant est limité physiquement

par des troubles de la statique dorso-lombaire, secondaires à l'accident, de sorte qu'il doit limiter le port de charges au maximum de 10 kilos, éviter les mouvements répétitifs du tronc et les flexions-rotations, ainsi qu'avoir la possibilité de s'asseoir ou de changer de postures. Dans ces conditions, une reprise d'un travail adapté pourrait être possible à 50 %. Enfin, ce praticien relève que son patient nécessite un suivi régulier par une prise en charge de type tonification dorso-lombaire (3 x 9 séances de physiothérapie par année) et doit être encouragé à effectuer une gymnastique quotidienne.

23. Dans son avis médical du 13 août 2009, la Dresse J\_\_\_\_\_ du SMR constate que les conclusions de l'expertise sont convaincantes et rejoignent celles retenues lors de l'examen bidisciplinaire du 18 février 2008.
24. Sur la base de l'expertise judiciaire et de l'avis médical précité du SMR, l'intimé persiste dans ses conclusions, par écritures du 13 août 2009.
25. Sur ce, 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 ; RS E 2 05, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

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

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si le recourant présente une invalidité ouvrant le droit aux prestations d'invalidité.
4. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte

d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

5. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.
6. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

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).

b) 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).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

e) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229

consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

7. En l'espèce, le recourant a fait l'objet d'un examen rhumatologique et psychiatrique au SMR, ainsi que d'une expertise psychiatrique judiciaire. Sur le plan somatique, les médecins du SMR ont diagnostiqué des dorso-lombalgies chroniques non déficitaires, dans un contexte status-post-fractures-tassement de D11-L2, avec spondylodiscarthrose étagée. Ces diagnostics limitent la capacité de travail dans une activité lourde. Toutefois, dans un travail sans position en porte-à-faux, mouvements répétés de flexion-extension ou en rotation, port de charge au-delà de 10 kilos, position statique debout au-delà de 30 minutes et au-delà d'une heure, la capacité de travail du recourant est de 100 % et cela depuis mars 2004, soit un an après son accident.

Ces diagnostics et les limitations en découlant sont partagés par les médecins traitants. Seule leur répercussion sur la capacité de travail est divergente. Ainsi, le Dr D\_\_\_\_\_ estime que la capacité de travail est de 50 % dans une activité adaptée, voire même dans l'activité d'aide cuisinier, et ceci depuis le 15 juin 2006. Selon le Dr G\_\_\_\_\_, l'incapacité de travailler due aux troubles statiques est de 30 %. Ceux-ci nécessitent une prise en charge très régulière de type gymnastique posturale et renforcement musculaire. Ce médecin admet par ailleurs une majoration des symptômes douloureux, du fait d'une atteinte dépressive et de l'utilisation de substances et d'alcool.

Il convient toutefois de relever que le comportement du recourant était contradictoire lors de l'examen par le SMR. Les médecins de ce service ont ainsi constaté qu'il n'avait pas de comportement algique à l'examen clinique et qu'il tolérait sans difficulté la position assise pendant les 25 minutes de l'entretien avec le rhumatologue. Il s'est penché également en flexion complète du tronc pour enlever les chaussures, était capable de s'asseoir sur la table d'examen sans mesure de protection du rachis et sans signe d'inconfort. A l'examen des hanches, il a eu un comportement algique démonstratif. Par ailleurs, les médecins du SMR ont qualifié les troubles statiques de modérés. En cours d'examen par l'expert judiciaire, le recourant n'a pas non plus manifesté de comportement douloureux, alors que l'expert l'a vu à deux séances d'une heure environ chacune (cf. p. 11 de l'expertise judiciaire).

Cela étant, la conclusion du SMR, selon laquelle la capacité de travail du recourant est de 100 % dans une activité adaptée paraît convaincante. Ce rapport repose en outre sur un examen approfondi, prend en compte les plaintes du recourant et a été rendu en pleine connaissance du dossier médical, de sorte qu'il y a lieu de lui attribuer une pleine valeur probante, du moins pour l'aspect somatique.

Sur le plan psychiatrique, l'expert judiciaire a également évalué la capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée aux troubles physiques. Il a exposé de façon convaincante pourquoi il estime que les atteintes retenues, à savoir notamment la dysthymie et la personnalité émotionnellement labile, type compulsif, ne constituent pas des limitations durables de la capacité de travail. En effet, la dysthymie correspond à un type de dépression très modérée, essentiellement subjective, et chronique. Il ne peut non plus être retenu que le recourant est atteint d'une phobie, même s'il a présenté des manifestations anxieuses subjectives, lorsqu'il s'est trouvé dans une salle d'attente exigüe et borgne au cabinet de l'expert. L'expertisé n'évite par ailleurs pas la foule de peur d'être jugé ou critiqué (phobie sociale) ou de faire un malaise (agoraphobie). L'expert estime également que la peur du recourant des endroits fermés n'est pas assez prononcée pour poser le diagnostic d'agoraphobie, puisqu'il dit supporter les endroits fermés dotés de fenêtres. L'expert met également en doute que le recourant vive de façon aussi recluse à domicile qu'il l'affirme, puisqu'il était sorti de la maison à un moment où, selon ses dires, il dort généralement encore ou regarde la télévision, lorsqu'il lui a téléphoné. Selon l'expert, il n'y a pas non plus d'état de stress post-traumatique consécutif à l'accident de 2003, en l'absence de flash-backs de l'accident et autres manifestations relatives à un tel état. L'expert admet un certain degré d'anxiété sociale, mais ne la qualifie pas d'assez sévère et typique pour justifier le diagnostic de troubles anxieux spécifiques. Cette anxiété est dès lors à intégrer dans le diagnostic de dysthymie ou dépression anxieuse persistante. Enfin, le trouble de la personnalité ne paraît pas trop sévère, dans la mesure où il ne s'est jamais accompagné d'épisodes psychiatriques graves ou répétés.

Cette expertise psychiatrique respecte tous les réquisits jurisprudentiels susmentionnés pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, elle a été établie sur la base du dossier médical complet, repose sur un examen approfondi, prend en considération les plaintes du recourant et ses conclusions sont convaincantes. Partant, le Tribunal de céans se rallie aux conclusions de l'expert judiciaire et admet une pleine capacité de travail au niveau psychiatrique.

Au vu de ce qui précède, aucune diminution de la capacité de travail ne peut être retenue.

Rien n'indique non plus dans l'expertise que la capacité de travail du recourant était diminuée pour des raisons psychiques dans le passé pendant une durée limitée, comme le recourant semble le faire valoir dans ses écritures du 11 août 2009.

8. Dans la mesure où le recourant doit changer d'activité professionnelle, l'activité d'aide cuisinier lui étant désormais interdite, se pose la question de savoir s'il subit une perte de gain. En effet, chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir

en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa).

Toutefois, au vu des revenus modestes réalisés dans l'activité d'aide-cuisinier, il appert que la perte de gain du recourant est manifestement inférieure au taux de 40% ouvrant le droit à la rente. En effet, en l'an 2000, il a réalisé un revenu de 32'957 fr. et pendant le 2<sup>ème</sup> semestre de 1999 de 20'681 fr. Or, la valeur médiane des salaires statistiques, pour une activité simple et répétitive, était en 2000 de 53'244 fr. par an pour les hommes, à raison de 40 heures de travail par semaine (cf. L'enquête suisse sur la structure des salaires 2000, TA1, page 31).

9. Reste à examiner si le recourant peut prétendre à des mesures d'ordre professionnel.
10. a) Selon l'art. 8 al. 1 aLAI, dans sa teneur en vigueur entre le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et le 31 décembre 2007 (4<sup>ème</sup> révision AI), les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement; art. 8 al. 3 let. b aLAI; cf. également art. 15 à 18 LAI).

L'art. 8 LAI, dans sa nouvelle teneur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 reprend pour l'essentiel le texte de l'ancienne disposition. Il précise toutefois à l'al. 1bis qu'il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante, lors de la fixation des mesures de réadaptation. Ces mesures sont par ailleurs complétées par une allocation d'initiation au travail, régie par l'art. 18a LAI, et une aide en capital, réglée à l'art. 18b LAI pour les personnes qui désirent entreprendre ou développer une activité en tant qu'indépendant.

b) Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou favoriser l'usage de la capacité de gain de l'assuré, l'administration doit préalablement établir un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (cf. ATF [http://intrapj/cgi-bin/decis/ATF %3cahref=%22/perl/decis/110 V 102%22%3e110 V 102%3c/a%3e110 V 102](http://intrapj/cgi-bin/decis/ATF_%3cahref=%22/perl/decis/110_V_102%22%3e110_V_102%3c/a%3e110_V_102)), qui ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance. Le droit à une

mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité tant objectivement en ce qui concerne la mesure, que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 112 consid. 2 et les références). En effet, des mesures de réadaptation ne sont à la charge de l'assurance-invalidité que s'il existe une proportion raisonnable entre leur coût et leur utilité prévisible. Ainsi, en règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références). Si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient jouer un rôle déterminant (ATF non publié du 13 juin 2007, I 552/06).

11. En l'espèce, il convient de constater que le recourant manque de motivation. En effet, entendu en audience de comparution personnelle, il a estimé ne pas pouvoir travailler en raison de ses handicaps. Il a par ailleurs fait un stage ARVA, selon ses dires, qu'il a mal supporté, alors qu'il est à supposer que seules des activités adaptées à son état lui avaient été proposées. Le recourant ne fait par ailleurs rien pour se prendre en charge et admet avoir renoncé aux exercices de musculation du dos et même à la physiothérapie. Or, comme l'a relevé encore le Dr G\_\_\_\_\_ dans son rapport du 30 juillet 2009, son patient nécessite un suivi régulier par une prise en charge de type de tonification dorso-lombaire et doit effectuer une gymnastique quotidienne. Le Dr D\_\_\_\_\_ a en outre indiqué, dans son rapport du 13 septembre 2006, que la compliance n'était pas optimale, en ce qui concerne le traitement médicamenteux. Telle est également la constatation du SMR, lors de l'examen bidisciplinaire du 18 février 2008, dès lors que le recourant présentait une hypertension artérielle importante, n'ayant pas pris son traitement le matin de l'examen.

Dans ces conditions, le Tribunal de céans estime que des mesures d'ordre professionnel seraient en l'état vouées à l'échec.

Toutefois, le jour où le recourant sera plus motivé pour travailler, il lui est loisible de déposer une révision de la décision de refus des mesures d'ordre professionnel. Pour que l'intimé puisse entrer en matière sur une telle demande, le recourant sera toutefois tenu de rendre vraisemblable cette motivation. Celle-ci devrait notamment se manifester par un grand effort de prise en charge de sa part, soit le respect des traitements prescrits, ainsi que la pratique d'exercices pour renforcer la musculation du dos et corriger la posture. Ces efforts devraient être confirmés par un certificat médical.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.
13. Le recourant plaidant au bénéfice de l'assistance juridique, le Tribunal de céans renonce à percevoir un émolument de justice.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument de justice.
4. 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

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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