RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3206/2005 **ATAS/109/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 31 janvier 2006

En la cause

Monsieur V_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître LOCCIOLA Maurizio	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Isabelle DUBOIS et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Monsieur V_____, ressortissant portugais né le 12 mai 1957, est arrivé en Suisse en septembre 1989. Il a travaillé à plein temps en tant que peintre en bâtiment pour la société X_____SA du 6 novembre 1995 au 2 août 1996.

2. Le 3 août 1996, il a été victime d'un accident de la circulation survenu en Espagne alors qu'il était passager d'une voiture conduite par son épouse. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA) lui a versé des indemnités journalières et a pris en charge ses soins médicaux jusqu'au 30 juin 1999.

3. Le 1er février 1998, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI), visant à l'obtention d'un reclassement dans une nouvelle profession.

4. Dans un rapport du 10 juillet 1998, la Dresse A_____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a diagnostiqué des douleurs résiduelles dans la partie moyenne de l'hémithorax droit consécutives à des fractures consolidées de la 3ème à la 7ème côtes droites causées par son accident de voiture. Suite à cet évènement, l'assuré a développé un syndrome post-traumatique qui a motivé un suivi psychologique de soutien. Il s'est plaint par ailleurs de céphalées, de vertiges ainsi que d'une diminution de la mémoire et de la concentration. Quelques semaines après l'accident, des douleurs sourdes aux hanches, plus présentes à gauche qu'à droite, sont apparues ; son périmètre de marche était de quinze minutes et le repos ne calmait pas ses douleurs. L'assuré a présenté une légère boiterie et la palpation de l'aine ainsi que la mobilisation des hanches étaient douloureuses des deux côtés, sans limitation de la mobilité. Les radiographies des hanches ont montré une image kystique au niveau du col fémoral gauche et une autre, de plus petite dimension au niveau du col fémoral droit ; il n'y avait pas d'évolution. La résonance magnétique a révélé quant à elle une synovite bilatérale prédominante à gauche. Les nombreuses investigations, y compris une hospitalisation en rhumatologie à l'Hôpital Cantonal Universitaire de Genève en mars 1997, n'ont toutefois pas permis d'attribuer une origine à ses douleurs et les nombreux traitements médicamenteux et de physiothérapie, notamment un séjour à la Clinique de réadaptation de la SUVA à Bellikon d'août à octobre 1997, n'ont pas amélioré la symptomatologie douloureuse. La spécialiste a indiqué qu'au surplus, l'assuré présentait une hypertension artérielle, une ancienne hépatite B, une hépatite C, de l'asthme bronchique et une ancienne toxicomanie substituée par de la méthadone depuis quatre ans. Selon elle, l'assuré était totalement incapable d'exercer sa profession depuis août 1996; elle a précisé toutefois qu'un travail avec peu d'efforts physiques constituerait une activité adaptée. Son état de santé était stationnaire.

5. Le 6 avril 2000, la Dresse A_____ a fait état d'une aggravation globale de l'état de santé de l'assuré causée au niveau physique par la persistance de douleurs diffuses dans le thorax et les hanches et au niveau psychique par la péjoration de l'état dépressif. Elle a également indiqué que la physiothérapie n'avait pas d'effet sur l'assuré.

6. Dans un rapport concernant les capacités professionnelles de l'assuré du 6 avril 2000, elle a précisé que celui-ci pouvait maintenir 2 heures par jour la position assise, 1 heure par jour la position debout, que son périmètre de marche maximum était de 1km. et qu'il était capable de lever ou de déplacer des charges de 5 kg. au maximum. Les environnements poussiéreux étaient à éviter et les activités en hauteur ou sur une échelle ainsi que la position accroupie, à genoux ou le buste incliné lui étaient impossibles. Les mouvements des membres ou du dos n'étaient quant à eux possibles qu'occasionnellement. Selon ce médecin, la motivation de l'assuré pour la reprise d'un travail ou un reclassement professionnel était partielle. Elle a par ailleurs qualifié de moyen l'absentéisme prévisible dû à son état de santé ou à son traitement médical. Compte tenu de ces limitations, elle estimait qu'un travail de petite manutention à mi-temps était raisonnablement exigible ; l'exercice de sa profession de peintre en bâtiment lui était impossible à cause de ses douleurs thoraciques.

7. Le 17 avril 2000, le Dr B_____, spécialiste en médecine interne, a adressé un rapport au médecin-conseil de la GENEVOISE ASSURANCES dans lequel il a relevé que l'état général de l'assuré était très moyen, probablement en rapport avec l'alcoolisme, le tabagisme, les toxicomanies anciennes, les bronchites chroniques, ainsi que les hépatopathies dont il souffrait. Au niveau psychopathologique, il a noté un état dépressif chronique suivi de longue date et un trouble somatoforme douloureux. Il a émis un pronostic fonctionnel très sombre compte tenu du contexte, de la durée de l'incapacité de travail et de la situation actuelle de l'assuré. Selon ce spécialiste, une reprise du travail dans le bâtiment n'était pas envisageable en raison de l'état de santé général du patient ; une activité plus légère serait toutefois possible en théorie.

8. Dans une expertise réalisée à la demande de la GENEVOISE ASSURANCES du 6 décembre 2000, le Dr C_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a diagnostiqué une fibromyalgie, tous les points typiques étant positifs symétriquement, d'important troubles du sommeil et une asthénie invalidante. Il a également relevé une hépatite C pour laquelle l'assuré venait de commencer un traitement ainsi que d'anciennes toxicomanies à la méthadone et à l'alcool guéries respectivement en janvier 2000 et en septembre 2000. Selon cet expert, l'assuré présentait un probable état dépressif, une coxite bilatérale d'origine indéterminée, une hypertension artérielle traitée, des céphalées, des vertiges, des cervicalgies, des douleurs thoraciques à droite et des lombalgies. Il a estimé que ce patient était clairement dans l'incapacité de travailler dans son ancienne profession

compte tenu de tous ses problèmes médicaux et il s'est déclaré très pessimiste concernant l'évolution de celui-ci pour la pratique d'un métier du bâtiment. Toutefois, un emploi dans une activité adaptée était envisageable.

9. Le 23 mai 2001, l'assuré a été informé de la mise en place d'un stage d'observation OSER au Centre d'Intégration Professionnelle prévu pour le 27 août 2001. Il a cependant expliqué le 16 juillet 2001 qu'il partait en vacances au Portugal et qu'il ne rentrerait pas avant le 7 septembre 2001. Il a de plus indiqué qu'il essayerait de suivre le stage mais qu'il arrêterait s'il n'y arrivait pas.

   Le stage a finalement été reporté à la période du 22 octobre 2001 au 27 janvier 2002. Il n'a toutefois pas abouti en raison d'une interruption prématurée le 15 novembre 2001, l'assuré devant être opéré. Le Dr D_____ qui a pratiqué l'intervention a indiqué dans un courrier du 13 février 2002 que l'opération n'avait aucun caractère urgent et que l'assuré ne l'avait pas informé du fait que le stage avait débuté. De plus, celui-ci n'ignorait pas que la convalescence allait durer plusieurs semaines.

10. Dans leur rapport partiel du 11 décembre 2001, les maîtres de réadaptation, MM. P_____ et G_____ ainsi que Mme M_____, ont expliqué qu'il leur était difficile de se prononcer sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré, compte tenu du fait qu'il n'avait suivi le stage que quinze jours. Ils ont cependant estimé, au vu de la grande fatigabilité et des rendements très faibles de celui-ci, qu'il n'était pas pensable de le réadapter dans le circuit économique normal. Selon eux, les chances de succès d'un reclassement étaient quasiment inexistantes. L'assuré présentait une lenteur excessive dans la gestuelle, il ne se sentait pas concerné par les notions de rentabilité et de délais et il manquait de sens des responsabilités. Pour le surplus, ils ont noté qu'il ne s'engageait pas réellement dans une mesure de réadaptation, qu'il avait une vision très pessimiste de l'avenir sur le plan professionnel et qu'il affichait sa conviction d'être complètement invalide.

11. Le 25 septembre 2003, le Dr E_____, spécialiste en psychiatrie, et le Dr F_____, spécialiste en médecine générale, tous deux du SMR Léman, ont rendu un rapport d'examen psychiatrique dans lequel ils ont diagnostiqué un trouble douloureux chronique chez une personnalité émotionnellement labile à traits antisociaux. Ils ont précisé que l'assuré manifestait des défenses de type caractériel « en réagissant à la contrainte par l'agir ». Ils n'ont pas mis en évidence de graves troubles dépressifs ; l'assuré présentait surtout une irritabilité et une tendance à la régression. Ils estimaient dès lors qu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique déterminante à son trouble douloureux chronique. Ces spécialistes n'ont pas relevé de signes cliniques allant dans le sens d'un état de stress post-traumatique puisque l'assuré ne présentait pas de cauchemars itératifs ou des reviviscences des circonstances de l'accident. Ils ont conclu, en l'absence de

limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique, que la capacité de travail de l'assuré était de 100% depuis le 30 juin 1999 dans une activité adaptée à ses limitations biomécaniques qui étaient très peu importantes. L'aménagement de sa personnalité pouvait cependant restreindre son aptitude à se soumettre à des mesures professionnelles, mais ne constituait pas une contre-indication absolue à ces dernières.

12. Lors d'un entretien du 6 novembre 2003, la Dresse G_____, spécialiste en psychologie de la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI, a relevé que l'assuré avait reconnu qu'il pouvait travailler dans une activité légère.

13. Dans un prononcé du 12 novembre 2003, l'OCAI a informé l'assuré que les conditions d'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période du 3 août 1997 au 30 septembre 1999 étaient remplies, en se fondant sur le rapport d'examen du 25 septembre 2003 établi par le SMR Léman.

14. Par décision du 13 novembre 2003, il a nié le droit de l'assuré à des mesures de reclassement professionnel au motif que l'exercice d'une activité adaptée était possible à plein temps et à plein rendement. Dès lors, la perte de gain qui résultait de son atteinte à la santé n'était que de 7%.

15. Dans un courrier du 24 novembre 2003, l'assuré s'est opposé au prononcé du 12 novembre 2003 concernant la rente d'invalidité. Il a indiqué qu'il n'était pas d'accord avec la date du début de la rente et que, par ailleurs, il considérait que son état de santé ne lui permettait pas d'exercer une activité au-delà du 30 septembre 1999. Une rente entière aurait donc dû lui être attribuée pour une durée indéterminée.

16. L'OCAI a déclaré l'opposition de l'assuré irrecevable le 24 février 2004, au motif que le prononcé du 12 novembre 2003 ne valait pas décision.

17. Par décision du 8 juin 2004, il a confirmé son prononcé du 12 novembre 2003.

18. Par décision sur opposition du 12 juillet 2005, il a annulé et remplacé sa décision d'irrecevabilité rendue le 24 février 2004, au motif que la décision du 8 juin 2004 avait été à tort notifiée au domicile de l'assuré et non directement à son avocat. Il a confirmé ses décisions initiales d'octroi d'une rente limitée dans le temps et de refus de reclassement et a expliqué que l'ouverture du droit à la rente ne pouvait survenir au plus tôt qu'après l'échéance du délai d'attente prévu à l'art. 29 al. 1 LAI, c'est-à-dire le 3 août 1997. Il a par ailleurs indiqué qu'il avait décidé d'évaluer l'invalidité de manière théorique en s'appuyant sur l'expertise du SMR Léman en raison du manque de motivation dont l'assuré avait fait preuve durant le stage d'observation professionnelle et du comportement qu'il avait adopté durant les entretiens.

19. L'assuré a interjeté recours le 14 septembre 2005 contre ladite décision. Il a contesté avoir une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations biomécaniques. Il a en effet estimé présenter une incapacité de travail d'au moins 70% tant en raison des suites de son accident que du fait de ses maladies. Il a pour le surplus contesté le fait qu'il n'avait pas été possible de procéder à une évaluation de son invalidité dans le cadre du stage d'observation à cause de son manque de motivation. Enfin, il a subsidiairement sollicité l'octroi de mesures de reclassement.

20. Le 17 octobre 2005, l'assuré a complété son recours. Il a produit un rapport de la Dresse A_____, daté du 6 mars 1999, dans lequel celle-ci indiquait notamment que les différents traitements de physiothérapie s'étaient révélés inefficaces et que l'état de son patient était stationnaire. Celui-ci présentait par ailleurs un état dépressif pour lequel il était suivi par des psychiatres.

    Etaient également joints au recours un rapport d'expertise du Dr H_____, spécialiste en neurologie, daté du 3 mars 2003 et établi dans le cadre d'une procédure ayant eu lieu devant le Tribunal de première instance, ainsi que le procès-verbal de l'audition de cet expert par-devant le Tribunal précité daté du 18 juin 2003. Ce spécialiste a diagnostiqué un asthme modéré et bien contrôlé, une ancienne toxicomanie à l'héroïne et à l'alcool ayant entraîné des hépatites B et C, une discrète atteinte polyneuropathique et une hypertension artérielle bien contrôlée. Il a précisé que ces affections étaient susceptibles d'entraîner une fatigue ainsi qu'une intolérance à l'effort et qu'elles pouvaient contribuer dans une certaine mesure à l'incapacité de travail que l'assuré présentait. Il a également noté une coxite bilatérale d'origine indéterminée, un état anxio-dépressif ainsi que des troubles évoquant un syndrome somatoforme douloureux avec une composante fibromyalgique.

    L'assuré a ajouté que sa situation s'était encore aggravée sur le plan psychique, si bien qu'il souffrait d'un trouble dépressif sévère. Il a suggéré que la Dresse A_____ soit interrogée à ce sujet puisque celle-ci n'avait pas eu la possibilité de rédiger un rapport du fait qu'il se trouvait au Portugal les deux mois précédents. Il a conclu pour le surplus à ce que la procédure qui l'avait opposé à la GENEVOISE ASSURANCES par devant le Tribunal de Première Instance - lequel l'avait reconnu en incapacité de gain jusqu'en 2003 - , soit versée au dossier et, à titre subsidiaire, à ce que la rente d'invalidité lui soit octroyée pour le moins jusqu'au 31 décembre 2003.

21. Par préavis du 31 octobre 2005, l'OCAI a proposé le rejet du recours. Il a considéré que les mesures d'instruction requises par l'assuré étaient superflues. Il a par ailleurs relevé que les mesures d'ordre professionnel étaient vouées à l'échec étant donné qu'à son avis l'assuré entendait rentrer dans son pays natal. Il s'est à ce sujet

posé la question de savoir s'il était vraiment compétent pour le cas d'espèce, le lieu du domicile de l'assuré semblant être le Portugal et non la Suisse.

22. Le Tribunal de céans a demandé l'apport au dossier du jugement rendu par le Tribunal de première instance le 23 octobre 2003 en la cause JTPI/12155/03; après avoir transmis les derniers documents aux parties, il a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

   Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, 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) qui sont relatives à la loi 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 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce reste cependant régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

   En matière de procédure toutefois, les règles de la LPGA s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

4. Le litige porte sur la question de savoir si l'assuré présente un degré d'invalidité susceptible d'ouvrir droit à une rente d'invalidité avant le 3 août 1997 ainsi qu'au-delà du 30 septembre 1999.

5. Le droit à une rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 29 al. 1 let. b LAI). En l'espèce, l'incapacité totale de travail de l'assuré a débuté le 3 août 1996, date de son accident. L'ouverture du droit à la rente ne peut par conséquent survenir au plus tôt qu'après l'échéance du délai légal d'une année, c'est à dire le 3 août 1997.

6. Reste à examiner si c'est à bon droit que l'OCAI a limité le droit à la rente au 30 septembre 1999.

7. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

8. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

9. En l'espèce, les principales appréciations médicales figurant au dossier sont celles de la Dresse A_____, médecin traitant de l'assuré, celles des Dr. B_____ et C_____, réalisées à la demande de la GENEVOISE ASSURANCES, celle des spécialistes du SMR Léman, les Dr. E_____ et F_____, ainsi que celle du Dr H_____, établie dans le cadre d'une procédure ayant eu lieu devant le Tribunal de première Instance.

   Sur le plan physique, les médecins ont observé chez l'assuré une hypertension artérielle, une ancienne hépatite B, une hépatite C, de l'asthme bronchique bien contrôlé et d'anciennes toxicomanies à l'héroïne et à l'alcool. Ils ont relevé que celui-ci se plaint de céphalées, de vertiges, de diminution de la mémoire et de la concentration. La Dresse A_____ a plus particulièrement fait état de douleurs résiduelles dans la partie moyenne de l'hémithorax droit, de douleurs sourdes aux hanches, d'une légère boiterie et de douleurs lors de la palpation de l'aine et de la mobilisation des hanches, d'une image kystique au niveau du col fémoral gauche et d'une autre de plus petite dimension au niveau du col fémoral droit sans évolution, ainsi qu'une synovite bilatérale prédominante à gauche. Le Dr C_____ a, quant à lui, diagnostiqué une coxite bilatérale, des cervicalgies, des lombalgies, des troubles du sommeil et une asthénie invalidante. Enfin, le Dr H_____ a constaté une discrète atteinte polyneuropathique. Ces divers troubles ont en grande partie été relevés par l'ensemble des spécialistes amenés à se prononcer sur l'état de santé de l'assuré et aucun d'entre eux n'a contesté l'une ou l'autre de ces affections. Il convient par conséquent d'admettre qu'elles sont avérées.

   Les médecins estiment que l'assuré est totalement incapable de travailler dans son ancienne profession. Ils considèrent toutefois qu'une activité adaptée à ses limitations biomécaniques, c'est-à-dire avec peu d'efforts physiques, est raisonnablement exigible à 100%. Seule la Dresse A_____ est d'avis que l'assuré ne peut travailler qu'à mi-temps. Cependant, comme l'affirme la jurisprudence, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que,

de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67). Il convient dès lors d'admettre que, sur le plan physique, l'assuré est totalement capable de travailler dans une activité adaptée.

Sur le plan psychique, le Dr B_____ a diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux, le Dr C_____ une fibromyalgie, le Dr H_____ des troubles évoquant un syndrome douloureux avec une composante fibromyalgique, quant aux spécialistes du SMR, ils ont retenu un trouble douloureux chronique. Il convient d'observer que la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances assimile la fibromyalgie à un trouble somatoforme, plus précisément au syndrome douloureux somatoforme persistant (arrêt G. du 24 août 2005, I 752/04 ; arrêt P. du 10 mars 2003, I 721/02; cf. P. A. Buchard, «Peut-on encore poser le diagnostic de fibromyalgie?», in : Revue médicale de la Suisse romande 2001, p. 443 ss, spécialement p. 446; cf. aussi Meyer-Blaser, op. cit., p. 64 n. 93). En conséquence, le Tribunal de céans retiendra que l'assuré souffre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, cette affection ayant été relevée par plusieurs médecins et notamment par un psychiatre.

10. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible, conformément à la doctrine médicale (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).

Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3; Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in : René Schauffhauser/Franz Schlauri (éd.), Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 64 sv., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss, spéc. p. 81 sv.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi Meyer-Blaser, op. cit. p. 83, spéc. 87 sv.) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. consid. 2b et les références; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 in fine; Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss).

Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés par la jurisprudence - lui permettent de surmonter ses

douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (ATF 130 V 352 consid.2.2.4. et les arrêts cités).

Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en oeuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent (art. 40 PCF en liaison avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 en liaison avec 113 et 132 OJ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a), l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (ATF 130 V 352 consid. 2.2.5).

11. S'agissant de la présence manifeste d'une comorbité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, le Dr B_____ et le Dr C_____, tous deux spécialistes en médecine interne, ont relevé respectivement un état dépressif chronique suivi de longue date et un probable état dépressif. Le Dr E_____ du SMR Léman, spécialisé en psychiatrie, a estimé, quant à lui, que l'assuré ne présente pas de comorbidité psychiatrique. Ce médecin est qualifié pour se déterminer sur ce genre d'atteinte selon la jurisprudence ; il convient de se fonder sur son appréciation et d'admettre en conséquence que ce critère jurisprudentiel n'est pas rempli. Pour le surplus, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; Meyer-Blaser, op. cit. p. 81, note 135).

Au vu de ce qui précède, l'audition de la Dresse A_____ est superflue, le Tribunal de céans disposant de suffisamment d'éléments pour se déterminer.

Se pose ainsi la question du cumul éventuel des autres critères établis par la jurisprudence. Il y a à cet égard lieu d'examiner si l'assuré en réunit plusieurs en sa personne de manière suffisamment marquée, ce qui fonderait un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle.

12. Le critère de la présence d'affections corporelles chroniques (1) apparaît comme réalisé au vu des multiples troubles somatiques dont l'assuré souffre depuis plusieurs années.

Concernant la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (2), le Dr E_____ a noté que l'assuré garde une vie sociale, précisant toutefois qu'il a des contacts restreints avec le monde extérieur et qu'il présente une personnalité émotionnellement labile à traits antisociaux. Ainsi, la limitation de sa vie sociale semble être la conséquence de son caractère plutôt que celle de ses troubles. Aucune perte particulière d'intégration n'a du reste été mentionnée par les médecins depuis l'apparition de ses douleurs et le trouble de la personnalité dont il est atteint ne l'a pas empêché de travailler avant son accident. Ce critère n'est donc pas réalisé.

S'agissant de l'état psychique de l'assuré, rien n'indique qu'il soit cristallisé (3). Il est vrai que les nombreuses investigations qui ont été menées n'ont pas permis de déterminer l'origine des douleurs de celui-ci ; la Dresse A_____ a de plus relevé que les nombreux traitements médicamenteux et de physiothérapie n'ont pas amélioré la symptomatologie douloureuse. Toutefois, les spécialistes du SMR ont constaté que les manifestations dépressives de l'assuré avaient évolué favorablement avec un traitement médicamenteux approprié.

Enfin, il y a lieu de relativiser l'échec des mesures de réhabilitation entreprises par l'assuré (4). Il apparaît en effet que celui-ci n'a pas tout entrepris pour améliorer sa situation puisqu'il s'est montré très peu motivé lors du stage OSER. Les maîtres de réadaptation ont à ce sujet observé chez lui une attitude générale lymphatique, un manque d'engagement, une vision très pessimiste de l'avenir sur le plan professionnel et une conviction d'être complètement invalide. Pour le surplus, l'assuré a délibérément interrompu son stage avant la fin, alors qu'il savait que l'opération pratiquée par le Dr D_____ n'était pas urgente. Il n'est dans ces circonstances pas possible de conclure que cette mesure a échoué en raison de son état de santé physique ou psychique.

13. En conclusion, il ressort de l'ensemble de ces éléments que l'assuré ne remplit pas les critères permettant de reconnaître le syndrome douloureux somatoforme persistant dont il souffre comme invalidant, en dépit de la présence d'affections corporelles chroniques. Il convient en conséquence d'admettre, ainsi que l'assuré l'a lui-même reconnu lors de l'entretien qu'il a eu le 6 novembre 2003 avec la Dresse G_____, que, bien qu'il souffre de plusieurs troubles somatiques et

d’un syndrome douloureux somatoforme persistant, il est tout à fait capable de travailler à plein temps dans une activité adaptée.

14. En vertu de l’art. 88a al. 1 RAI, en relation avec l'art. 41 LAI, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. L’assuré n’a ainsi plus droit à une rente d’invalidité au-delà du 30 septembre 1999, c'est-à-dire trois mois après la fin du versement des prestations d’assurance par la SUVA, puisque la reprise d’une activité professionnelle était exigible dès cette date.

15. L'assuré a demandé au Tribunal de céans d'ordonner l'apport de la procédure l'ayant opposé à la GENEVOISE ASSURANCES par-devant le Tribunal de première instance (TPI). Il soutient que cette instance a rendu un jugement le 23 octobre 2003 lui reconnaissant le droit à des indemnités journalières du 26 juin 2000 au 21 juin 2001.

    Le Tribunal de céans constate, à la lecture du jugement du TPI, qu'il dispose dans son dossier de tous les rapports médicaux auxquels il est fait allusion. L'apport du dossier TPI ne se justifie dès lors pas.

    Il est vrai que le droit à des indemnités journalières a été reconnu à l'assuré.

    La notion d'invalidité utilisée dans l'assurance-invalidité correspond en effet en principe à celle retenue dans l'assurance accidents obligatoire, raison pour laquelle l'évaluation de l'invalidité même si elle doit être faite en principe de manière indépendante dans chaque branche d'assurance, doit normalement conduire au même résultat lorsque l'atteinte à la santé est la même (VSI 2001 p. 81).

    Cependant, les indemnités journalières de l'assurance accidents sont versées dès que l'assuré subit une incapacité de travail, sans qu'il soit pour autant invalide (ATF non publié du 30 avril 2001 ; I 547/00). Dès lors, il n'y a en l’espèce pas matière à appliquer les règles de coordination relatives à l'évaluation de l'invalidité.

16. L’assuré a par ailleurs sollicité l’octroi de mesures de reclassement.

17. L’OCAI s’est déterminé sur cette question dans sa décision du 13 novembre 2005 par laquelle il a refusé ces mesures au motif que l’exercice d’une activité adaptée par l’assuré était possible à plein temps et à plein rendement. Celui-ci n’a pas fait opposition dans le délai imposé par la loi, si bien que cette décision est entrée en force. L’OCAI a toutefois confirmé sa décision de refus de reclassement dans sa décision sur opposition du 12 juillet 2005.

Par économie de procédure, il est permis au juge, exceptionnellement, de considérer que l'administration supplée à l'absence de décision au sens formel du terme, lorsque dans sa réponse au recours, elle exprime sans équivoque la volonté d'adopter la solution contre laquelle le recourant s'élève (ATFA GB du 27 octobre 1983). Cette jurisprudence est applicable par analogie au cas présent. Il se justifie en effet pour la même raison d'examiner la question du droit de l'assuré à des mesures de reclassement, bien que celui-ci n'ait pas fait opposition à la décision de refus, puisque l'OCAI s'est clairement déterminé à ce sujet dans sa décision sur opposition.

Les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage (art. 8 al. 1 LAI). Celles-ci comprennent en particulier les mesures de reclassement professionnel prévues à l'art. 17 LAI qui dispose que l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI).

Selon la jurisprudence, une perte de gain durable ou prolongée, dans toute activité exigible ne nécessitant pas une formation professionnelle complémentaire, est suffisante pour ouvrir droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsqu'elle est de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les arrêts cités).

En l'espèce, l'assuré est totalement capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations biomécaniques. Il ne peut donc prétendre à des mesures de reclassement.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La Présidente
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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