

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3528/2008

ATAS/1151/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 8

du 15 septembre 2009

En la cause

Monsieur N_____, domicilié à Genève, représenté par
FORUM SANTE, 27, boulevard Helvétique, 1205 Genève

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Diana ZEHNDER, Présidente suppléante; Monique STOLLER
FÜLLEMANN et Teresa SOARES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur N_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1967, d'origine tunisienne, est arrivé en Suisse en 1999. Il a travaillé en dernier lieu en tant que chasseur-voiturier-bagagiste et portier d'étages auprès de l'Hôtel X_____ à Genève, jusqu'à fin 2004, date de la fermeture de l'établissement avant rénovation. Du 3 janvier 2005 au 24 avril 2006, il a bénéficié des indemnités de l'assurance-chômage. A compter du 24 avril 2006, il a perçu des indemnités journalières de l'assurance perte de gain ensuite d'un accident de la circulation lui ayant occasionné une contusion frontale ainsi qu'un décollement de la rétine de l'œil gauche. Préexiste chez l'assuré un status après opération de la cataracte avec pseudophakie et des altérations rétiniennes dégénératives des deux côtés, ainsi qu'un status après photocoagulation prophylactique de ces dégénérescences vitréorétiniennes. Il a été opéré à trois reprises par le Dr. A_____, FMH en ophtalmologie, la dernière fois le 22 février 2007.
2. Par demande reçue le 14 février 2007 par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI), l'assuré a requis les prestations de l'assurance-invalidité en vue d'une réorientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession, voire d'un placement.
3. Dans son rapport du 9 mars 2007, le Dr J.-M. A_____ a attesté d'un décollement rétinien post-traumatique au niveau de l'œil gauche justifiant une incapacité de travail totale depuis le 26 avril 2006. Il a précisé que l'état de santé de l'assuré s'aggravait et que le pronostic semblait mauvais. Dans l'annexe à son rapport médical, il a indiqué que dans l'activité antérieure une diminution de rendement était indéniable et que la capacité de travail dans l'ancienne activité ne pouvait être améliorée. Il a cependant relevé qu'une activité adaptée était exigible à raison de huit-neuf heures par jour, à condition de ne pas exiger une vision binoculaire.
4. Répondant à une demande de renseignements, le Dr. B_____, spécialiste FMH en ophtalmologie auprès de la SUVA, a indiqué que depuis l'opération de fin février 2007 l'assuré ne voyait pratiquement plus de l'œil gauche. S'agissant de l'acuité visuelle de l'œil droit, elle était amoindrie en raison d'une myopie. A partir du 1^{er} juillet 2007, il a considéré que la capacité de travail pour les activités pouvant être exercées avec un seul œil était entière. Ainsi, dans l'activité antérieure de portier d'hôtel, sa capacité de travail demeurait entière. Pour le surplus, il a contrindiqué l'usage de machines de chantier, la conduite de camions, la commande de machines comportant des pièces tournantes non protégées. Les activités sur des échafaudages non protégés, ainsi que les activités sur chaîne de montage étaient par ailleurs inappropriées.

5. Par décision du 9 août 2007, la SUVA a reconnu à l'endroit de l'assuré une aptitude au travail entière dès le 20 août 2007.
6. Le 18 septembre 2007, le SMR Suisse romande a pour sa part estimé qu'à compter du 9 mars 2007, une capacité de travail entière était exigible dans toute activité, pour autant que soient respectées les limitations fonctionnelles découlant d'une monophthalmie.
7. Par projet de décision du 5 octobre 2007, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.
8. En date du 12 octobre 2007, l'assuré a informé l'OCAI qu'il était suivi par un médecin psychiatre ensuite d'un grave accident dont il avait été victime.
9. Par courrier reçu le 2 novembre 2007, l'assuré a en outre indiqué à l'OCAI qu'il était suivi par d'autres médecins généralistes, élément que la SUVA n'avait pas mentionné dans la demande de prestations AI. Il a joint à son courrier un rapport médical du Dr. A _____ du 7 septembre 2007 précisant que l'assuré n'était pas apte à conduire et, partant, reprendre son travail de voiturier.
10. Le 16 novembre 2007, le Dr C _____, psychiatre et psychothérapeute auprès de la Permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet, a confirmé que l'assuré était en suivi psychiatrique depuis le 11 octobre 2007 et qu'il présentait déjà une incapacité de travail totale avant sa première consultation.
11. A en outre été versé au dossier AI de l'assuré un résumé de l'observation du Département de chirurgie, service de chirurgie viscérale, du 11 juillet 2003, confirmant que l'assuré avait séjourné du 21 juin au 5 juillet 2003 auprès de cette unité, à la suite d'une agression à l'arme blanche ayant entraîné de multiples plaies par couteau (plaies pénétrantes du foie avec hémopéritoine ; hématherax droit sur section de l'artère thoracique interne droite ; sections tendineuses et lésions nerveuses des deux avant-bras).
12. Il a également été joint au dossier de l'assuré le rapport d'imagerie par résonance magnétique lombaire du 20 novembre 2007 pratiqué par le Dr D _____, qui a en substance conclu à une dégénérescence discale étagée de L2-L3 avec discopathie L3-L4, L4-L5 et moins prononcée en L5-S1 ; protrusion discale L2-L3, plus prononcée en L3-L4, sans image d'hernie ; ébauche d'hernie discale en L4-L5 mais sans conflit radiculaire ; protrusion discale L5-S1 ; arthrose inter-apophysaire postérieure mais ne provoquant pas de rétrécissement ni canalaire ni foraminaux ; scoliose lombaire à convexité à droite.
13. Répondant à une demande de renseignements de l'OCAI, le dernier employeur a confirmé que l'assuré avait travaillé du 22 juin 2000 au 31 décembre 2004, date de

la fermeture de l'établissement, en tant que chasseur-voiturier, à raison de 42 heures par semaine.

14. Dans son rapport médical du 3 mars 2008, le Dr E_____, Permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet SA, a attesté d'un ED (état dépressif) sévère depuis 2003, lombalgie sur hernie discale L4-L5 et trouble statique, ainsi que d'une cécité à gauche et diminution de l'acuité visuelle à 63 % à droite sur décollement de rétine, traumatique et récidive de décollement itératif à partir de 2006. L'incapacité de travail était considérée comme totale dans toute activité. Des douleurs aux bras et avant-bras, troubles visuels, douleurs lombaires, insomnies et asthénies ont par ailleurs été rapportées.

15. Dans son rapport médical du 17 avril 2008, le Dr C_____ a attesté d'un syndrome de stress post-traumatique existant depuis 1988, ainsi que d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique depuis quatre-cinq ans. Sur le plan psychiatrique, il a considéré que l'incapacité de travail était totale depuis le mois de septembre 2007. Il a relevé que l'état de santé s'améliorait très partiellement. Dans l'anamnèse, il a précisé que l'assuré avait été victime de tortures psychologiques et physiques en Tunisie, qu'il avait en outre fait de la prison en Tunisie et en France. Il a ajouté que l'assuré présentait un syndrome de stress post-traumatique, complété par un trouble dépressif sévère récurrent. Il a également mentionné l'agression à l'arme blanche subie en 2003. Au titre de plainte subjective, il a fait état d'un repli sur soi, une fatigabilité, une préoccupation excessive au sujet de l'état de santé et de l'avenir, un trouble du sommeil, un sentiment d'insécurité et d'injustice, un trouble de la mémoire et de la concentration. Il a pour sa part constaté un patient à la tenue hygiéno-vestimentaire négligée, présentant une importante fatigabilité avec baisse d'énergie, préoccupation excessive au sujet de son état de santé et de son avenir. Il a relevé que la gestion des émotions était difficile, avec agressivité verbale dans les moments de tension et de frustration. Il a en outre observé un sentiment de détresse et d'injustice chez son patient en lien avec ce qu'il avait subi en Tunisie et en France. Une reviviscence des scènes de torture, accompagnée de cauchemars à répétition était relatée, avec troubles sévères du sommeil. L'humeur était décrite comme anxio-déprimée, avec diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi. L'attitude était morose et pessimiste face à l'avenir. Il a précisé que l'assuré bénéficiait d'une prise en charge psychiatrique axée sur l'élaboration du vécu traumatisant qu'il avait subi et dont l'objectif était de l'aider à faire le deuil de ces événements terrifiants. Le travail était par ailleurs axé sur le renforcement de son estime de soi, de sa gestion des émotions et de la relativisation de ses distorsions cognitives, afin de positiver davantage. Il a ajouté qu'il bénéficiait d'un traitement antidépressif de Cymbalta 100 mgr. par jour. L'évolution clinique était très partiellement favorable, avec la possibilité de mettre en œuvre des mesures de réadaptation professionnelle une fois les troubles psychiques et somatiques atténués.

16. Par avis médical sur audition du 13 mai 2008, le SMR Suisse romande a proposé un examen SMR rhumato-psychiatrique-chirurgie de la main.
17. En date du 12 juin 2008, l'assuré a été examiné par le Dr F_____, psychiatre FMH, du Service médical régional AI. Dans l'anamnèse figurant dans le rapport d'examen, il a relevé que l'assuré avait été emprisonné de façon régulière en Tunisie dès l'âge de 17 ans, période durant laquelle il aurait subi des tortures. Il a également relaté des épisodes de violence et de sévices durant son enfance. Il a fait mention de la tentative d'assassinat dont il a été victime au mois de juin 2003. Suite à cette agression l'assuré aurait consulté, en 2004, un psychiatre dont il aurait interrompu le traitement très rapidement. Depuis 2006, un suivi psychiatrique a été réinstauré à raison d'une fois par mois, associé à un traitement médicamenteux. Le status psychiatrique a peu été explicité à cause du contact extrêmement difficile avec l'assuré dont la collaboration a été qualifiée de médiocre. Néanmoins, l'expert a noté que la cognition était dans la norme, aucun trouble de la mémoire n'était constaté, ni ralentissement psychomoteur, ni agitation. Le focus d'attention est partagé et le discours est cohérent. Dans les plaintes actuelles, il est mentionné des ruminations existentielles, sans idées noires, ni tentative de suicide. Le sommeil est entrecoupé de réveils réguliers, avec fatigabilité. Il n'est pas retrouvé de sentiment de culpabilité, ni de perte d'estime. Des éléments d'anxiété de type oppressions thoraciques ont été relatés, celles-ci passent toutefois d'elles-mêmes lorsque l'assuré reprend des activités. A l'examen, il n'est pas retrouvé de signe floride de la série psychotique. Seuls ont toutefois été mis en évidence des éléments de la série caractérielle, avec opposition, manque de collaboration et susceptibilité. L'appétit est conservé, avec des périodes de boulimie. La libido serait suspendue. L'assuré se plaint de douleurs dans toutes les articulations, il dit n'avoir aucune activité et plus de relations amicales bien qu'il connaisse beaucoup de monde. Le Dr F_____ n'a retenu aucun diagnostic avec répercussions sur la capacité de travail au plan psychiatrique. Il s'est en revanche prononcé sur la présence de traits de personnalité caractériels, sans répercussions sur la capacité de travail. Selon l'expert, en dehors des éléments caractériels faits d'oppositions, de pseudo troubles de la mémoire, de manque de collaboration, il n'a pas été possible de mettre en évidence une pathologie anxieuse ou psychotique. S'agissant de la pathologie dépressive, il a souligné qu'en raison des réponses évasives de l'assuré, il ne lui a pas été possible d'étayer un tableau symptomatique clair. Ceci étant, il a précisé que l'examen clinique psychiatrique n'avait pas permis de mettre en évidence de signe de dépression majeur, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée invalidante, de troubles phobiques, de troubles de la personnalité morbide, de syndromes douloureux somatoformes persistants, de perturbations de l'environnement psychosocial, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques. Ainsi, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, la capacité de travail exigible était de 100 % sur le plan psychiatrique.

18. Par avis rhumatologique du 20 juin 2008, le Dr. G _____, spécialiste en médecine physique et rééducation auprès du Service médical régional AI, a d'emblée relevé que l'examen clinique n'avait pas pu être réalisé sur le plan somatique dans la mesure où l'assuré ne s'était pas montré coopérant. Les observations objectives de l'expert ont toutefois permis de retenir que l'assuré se déplaçait de façon fluide, sans signe d'épargne ou de signe algique particulier, que la position assise était maintenue sans signe algique ou signe d'épargne. Les transferts de la position assise à la position debout étaient réalisés de façon satisfaisante. L'assuré était encore capable de s'accroupir, sans mise en œuvre de signe d'épargne ou de signe algique particulier. L'expert a d'ailleurs indiqué qu'un examen clinique de qualité, sur le plan ostéo-articulaire, n'avait pas pu être réalisé. Néanmoins, moyennant l'imagerie à disposition, il s'est prononcé en faveur d'un trouble dégénératif avancé au niveau du rachis lombaire, accompagné de signes inflammatoires indéniables. Ceci étant, le comportement spontané de l'assuré sur le plan physique ne mettait pas en évidence de signe d'épargne manifeste, de trouble de la marche ou de limitation majeure au niveau du rachis lombaire. En raison de la pathologie lombaire, toute activité à forte charge physique ou nécessitant des positions statiques prolongées était proscrite. Dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes, à savoir : pas de port de charges supérieures à dix kilos de façon répétitive, pas de position statique assise prolongée au-delà de trente minutes sans possibilité de varier les positions au minimum deux fois par heure, pas de position en porte-à-faux ou en ante-flexion du tronc contre résistance, pas de position accroupie ou en genuflexion, pas d'exposition à des machines-outils réalisant des vibrations de cinq hertz ou plus, pas de position statique debout au-delà de dix à quinze minutes, avec une limitation du périmètre de marche à environ une heure, la capacité de travail demeurerait entière, sans diminution du rendement.
19. Par avis médical sur audition du 28 juillet 2008, le Service médical régional AI est arrivé à la conclusion que les nouveaux éléments apportés sur le plan ophtalmologique et rhumatologique entraînaient une incapacité de travail totale dans une activité de voiturier-bagagiste. Ils ne modifiaient toutefois pas l'exigibilité, qui demeurerait entière, dans une activité adaptée.
20. Il résultait du calcul du revenu avec invalidité, dans une activité simple et répétitive, exercée à 100 % en tenant compte d'une diminution de rendement de 10 %, un degré d'invalidité de 0 %.
21. Le 15 septembre 2008, l'OCAI a communiqué à l'assuré une décision de refus de prestations. Celle-ci était fondée sur l'avis du SMR et la comparution des salaires effectuée. S'agissant des mesures d'ordre professionnel, leur refus était motivé par le fait que le taux d'invalidité était inférieur à 20 %. Une aide au placement a toutefois été proposée.

22. En date du 30 septembre 2008, l'assuré recourt contre la décision précitée en concluant, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire ; principalement, à son annulation, et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, sous suite de dépens. Il relève que l'agression dont il a été victime en 2003, suivie en 2006 de l'accident de la circulation au cours duquel il a perdu la vue de l'œil gauche, ont été des difficultés supplémentaires qui ont eu pour effet de revivifier un passé douloureux (tortures psychologiques et physiques subies en Tunisie et en France). Il souligne que le cortège des symptômes organiques et psychiques réapparus en 2007 avait permis aux médecins psychiatres de poser le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique. Vu les diagnostics retenus, le recourant s'étonne que les médecins du SMR, se bornant à relever que ces diagnostics sont restés sans effet sur la capacité de travail pendant plusieurs années, ont ordonné un examen rhumato-psychiatrique-chirurgie de la main dont il conteste au reste les conclusions. Il repousse les conclusions de l'expert psychiatre en indiquant que celles-ci se fondent sur un examen lacunaire et en totale contradiction avec les constatations médicales du médecin-traitant. Il fait en particulier grief à l'expert du SMR de ne pas avoir cherché à s'entretenir avec le psychiatre-traitant, mais encore de ne pas avoir discuté le diagnostic du psychiatre-traitant, respectivement de ne pas avoir analysé les conséquences des différentes étapes douloureuses de l'assuré sur son état psychiatrique, enfin de ne pas avoir envisagé l'hypothèse des difficultés de communication résultant des problèmes psychiatriques de l'assuré. Il reproche par ailleurs à l'expert de n'avoir pratiqué aucun test permettant d'asseoir ses conclusions. Sur le plan ophtalmologique, il relève le caractère lacunaire des limitations fonctionnelles retenues, précisant que la perte de la vue de l'œil gauche, additionnée à la forte myopie qui affecte l'œil droit, engendre bien d'autres empêchements que la seule conduite automobile, tels que notamment tout travail de précision, toute tâche impliquant une interaction avec des objets en mouvement, tout travail sur des machines articulées, mais encore un travail sur écran, limitations devant, selon l'assuré, être prises en considération dans le calcul du taux d'invalidité.

23. Dans sa réponse du 29 octobre 2008, l'OCAI conclut au rejet du recours, en se référant, pour la motivation, à la décision attaquée. Il relève en outre que la situation médicale de l'assurée a été parfaitement élucidée, tant sur le volet rhumatologique, ophtalmologique, que psychiatrique. S'agissant de la problématique psychiatrique, il fait observer que le début du suivi psychiatrique est postérieur au projet de refus de prestations. Il souligne par ailleurs que malgré la faible fréquence des consultations, le psychiatre-traitant rapporte, dans un rapport du 17 avril 2008, un état de santé allant en s'améliorant. Pour ce qui est du syndrome de stress post-traumatique existant depuis 1988 selon le psychiatre-traitant, l'OCAI fait observer qu'il n'a pas empêché l'assuré de travailler durant plusieurs années. Partant, l'OCAI considère que la mise en œuvre d'une nouvelle

expertise médicale ne se justifie pas. Sur le plan ophtalmologique, l'OCAI renvoie aux limitations fonctionnelles décrites dans son projet de décision du 5 octobre 2007.

24. Dans sa réplique du 18 novembre 2008, le recourant signale que les limitations fonctionnelles énoncées dans le projet de décision du 5 octobre 2007 ne sont pas reprises dans le cadre de la décision litigieuse, de sorte que celle-ci doit être considérée comme inexacte. Sur le plan psychiatrique, le recourant fait observer que le suivi psychiatrique, débuté le 11 octobre 2007, est antérieur à la décision de refus de prestations du 15 septembre 2008. Quant à l'amélioration de l'état de santé psychiatrique rapportée par le psychiatre-traitant, le recourant relève que l'évolution clinique a été estimée « très partiellement favorable » par le psychiatre-traitant, évolution justifiant au demeurant encore une incapacité de travail à 100 % à moyen et à long terme, soit une estimation contraire à ce que l'OCAI veut laisser entendre. Enfin, s'agissant du diagnostic de stress post-traumatique retenu par le psychiatre-traitant, dont le début se situe en 1988, le recourant précise qu'à cette pathologie est venu s'ajouter un trouble dépressif récurrent depuis quatre-cinq ans, soit depuis 2003, date de l'agression dont il a été victime et qui a précisément déstabilisé son état de santé psychique l'ayant conduit à une incapacité de travail totale.
25. Invité par le Tribunal de céans à se prononcer sur ladite écriture, l'intimé a persisté intégralement dans ses précédentes conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

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'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 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^{er} janvier 2003, entraînant des modifications législatives, notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. 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).

En l'espèce, la décision litigieuse, du 15 septembre 2008, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA, ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des

modifications de la LAI du 21 mars 2003 (quatrième révision). Par conséquent, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la quatrième révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329). Le 1^{er} juillet 2006, est en outre entrée en vigueur la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI et a apporté des modifications qui concernent notamment la conduite de la procédure devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Conformément au chiffre 2 let. c des dispositions transitoires relatives à ces modifications, le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours a été formé après le 1^{er} juillet 2006. Enfin, le 1^{er} janvier 2008, la cinquième révision de la LAI est entrée en vigueur. Les modifications apportées à la LAI ne doivent en principe pas être prises en considération dans le présent litige, l'état de fait pertinent s'étant produit avant l'entrée en vigueur. Toutefois, en vertu de l'art. 85 des dispositions transitoires de la cinquième révision, celle-ci s'applique également au droit aux prestations des personnes déjà invalides lors de son entrée en vigueur. L'invalidité sera alors réputée survenue au moment de l'entrée en vigueur. Par conséquent, le droit aux prestations du recourant doit être également examiné à la lumière des nouvelles dispositions, dès lors que la décision litigieuse a été rendue après leur entrée en vigueur.

3. En l'espèce, seule demeure litigieuse la question du droit à la rente.
4. La question à trancher préalablement est celle de savoir si une contre-expertise se justifie en l'espèce.
5. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, *Grundriss des Zivilprozessrechts*, 4^{ème} édition, Berne 1984, p. 136, GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2^{ème} édition, p. 278, chiffre 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf disposition contraire 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. 5 let. b ; 125 V 195 consid. chiffre 2 et les références). 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. 5 let. a).

Dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves, notamment dans le domaine médical. Il convient de rappeler ici que selon le principe de la libre

appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 30 PCF), en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les éléments 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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.

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsque des spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions d'experts, 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 (cf. RAMA 1993, p. 136).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant 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 soit claire, 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).

6. En l'occurrence, le recourant a fait l'objet d'un examen psychiatrique et rhumatologique par les Drs F_____ et G_____. Selon le médecin psychiatre du SMR, le recourant présente une capacité de travail complète, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Pour sa part, le rhumatologue considère que sur le plan ostéo-articulaire, une activité demeure possible à 100 %, sans diminution de rendement, pour autant que soient respectées un certain nombre de limitations fonctionnelles.

D'emblée, il y a lieu de relever que tant l'examen psychiatrique que rhumatologique reposent sur une anamnèse peu détaillée et des examens incomplets, voire inexistants. En effet, il s'agit de rappeler que sur le plan somatique, l'examen clinique n'a pas pu être réalisé en raison du défaut de

collaboration de l'expertisé. Pour ce qui est de l'examen rhumatologique, le médecin du SMR s'est strictement fondé sur l'imagerie médicale lombaire pratiquée le 20 novembre 2007 qui mettait alors en évidence un trouble dégénératif avancé au niveau du rachis lombaire, accompagné de signes inflammatoires. Pour déterminer les limitations fonctionnelles, l'expert s'est fondé sur le comportement de l'assuré lors de l'examen dans la mesure où l'examen clinique n'a pas pu être réalisé. Il est à souligner que ce même médecin n'a pas non plus fait état des plaintes subjectives du recourant. En dépit des difficultés de l'examen, le médecin du SMR a évalué la capacité de travail du recourant à 100 % dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. Or, en l'absence d'un examen clinique, les conclusions du médecin rhumatologue n'emportent pas la totale conviction du Tribunal de céans.

De même, sur le plan psychiatrique, il y a lieu de relever que l'examen ne s'est pas déroulé dans des conditions optimales, l'expert ayant d'ailleurs qualifié la collaboration de l'assuré de médiocre. Néanmoins, le médecin du SMR n'a pas mis en évidence de pathologie anxieuse ou psychotique. S'agissant du trouble dépressif récurrent diagnostiqué par le psychiatre-traitant, bien que l'expert avoue qu'en raison des réponses évasives de l'assuré il lui est difficile de se prononcer de façon certaine sur l'existence même d'une pathologie dépressive, il conclut cependant à l'absence d'une pathologie dépressive faute d'un tableau symptomatique clair. Enfin, il est regrettable que l'expert n'ait pas vérifié, ni n'ait d'ailleurs énoncé le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique retenu par le psychiatre-traitant. Dans de telles conditions, force est d'admettre que l'examen du SMR Suisse romande ne remplit pas les conditions jurisprudentielles nécessaires à une pleine valeur probante. Partant, l'instruction du dossier appert incomplète.

Pour ces raisons, une instruction complémentaire sous forme d'une expertise rhumatologique et psychiatrique se justifie, laquelle aura pour but essentiellement de clarifier les constatations médicales, en partie divergentes, de déterminer les limitations fonctionnelles et leurs conséquences sur la capacité de travail du recourant.

Par conséquent, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une expertise bi-disciplinaire qui sera confiée à des médecins indépendants.

7. Le recourant soutient en outre que les limitations fonctionnelles résultant de l'atteinte ophtalmologique retenues par l'intimé, à savoir la seule conduite automobile, sont insuffisantes. Il prétend dès lors que le taux d'abattement de 10 % admis par l'OCAI est insuffisant et qu'une déduction supplémentaire à opérer sur le salaire statistique permettrait de tenir compte des limitations fonctionnelles résultant de l'atteinte ophtalmologique.

8. Il y a en effet lieu de procéder à un abattement sur le revenu d'invalidé, conformément à la jurisprudence. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

En l'espèce, il appert que l'intimé n'a pas tenu compte des limitations fonctionnelles supplémentaires liées à l'atteinte ophtalmologique puisque la diminution de rendement de 10 % admise par l'intimé semble être uniquement motivée par l'activité légère que le recourant serait en mesure de réaliser. Partant, le renvoi de la cause à l'intimé permettra de dissiper les doutes du Tribunal quant à la question de savoir si les limitations fonctionnelles résultant de l'atteinte ophtalmologiques ont été prises en compte dans le calcul du taux d'invalidité et d'en rectifier, le cas échéant, leur influence sur le degré d'invalidité sachant qu'outre la conduite d'automobiles, le Dr B_____, ophtalmologue auprès de la SUVA, retenait au titre de limitations fonctionnelles la commande de machines comportant des pièces tournantes non protégées, les activités sur des échafaudages, ainsi que les activités sur des chaînes de montage.

9. Le recours sera ainsi partiellement admis.
10. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'00 fr. lui sera accordée au titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Au vu de l'issue de la procédure, l'intimé sera condamné à un émolument de justice de 500 fr., en application de l'art. 69 al. 1bis LAI.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 15 septembre 2008.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise rhumatologique et psychiatrique et nouvelle décision dans le sens des considérants.
5. Condamne l'intimé au versement d'une indemnité de 1'000 fr. au recourant à titre de dépens.
6. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
7. 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 ; RS 173.110); 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 suppléante

Florence SCHMUTZ

Diana ZEHNDER

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