

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4492/2009

ATAS/1218/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 25 novembre 2010

En la cause

Monsieur P_____, domicilié à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître GABUS Pierre

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Claudiane
CORTHAY, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Né en 1959, Monsieur P_____ a exercé la profession de maçon jusqu'à ce qu'il soit victime d'un accident, le 8 novembre 1993. Depuis lors, il n'a plus repris d'activité lucrative. Son cas a été pris en charge par la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA) jusqu'au 11 décembre 1994, puis par la CAISSE-MALADIE SUISSE POUR LES INDUSTRIES DU BOIS ET DU BÂTIMENT (CMBB) jusqu'au 30 juillet 1995.
2. Le 30 novembre 1994, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) portant sur l'octroi de mesures de réadaptation et d'une rente.
3. Par décision du 11 avril 2003, confirmée sur opposition le 24 juillet suivant, l'OAI a rejeté sa demande de prestations au motif que les troubles de l'assuré n'avaient pas un caractère invalidant au sens de la loi. Cette décision était basée sur divers rapports médicaux établis notamment dans le cadre des litiges ayant opposé l'assuré aussi bien à la SUVA qu'à la CMBB, au nombre desquels, notamment :
 - a) un rapport d'expertise du Prof. A_____, de la division de rhumatologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), dont il ressortait que les examens cliniques n'avaient pas permis de déceler de problèmes précis du bas du dos ou de la nuque, que l'assuré ne présentait aucun syndrome radiculaire et qu'il n'y avait pas de corrélation clinique entre les douleurs et les lésions radiologiques décelées (expertise rhumatologique du 16 septembre 1996; pce 19 OAI);
 - b) un rapport d'expertise du Dr B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, concluant à l'inexistence d'une pathologie psychiatrique (expertise du 8 février 1999; pce 42 OAI);
 - c) un rapport du Dr C_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, retenant les diagnostics suivants : hernie discale L4-L5 paramédiane droite compressive, syndrome cervico-lombaire post-traumatique chronique en présence de troubles statiques et dégénératifs importants avec discopathies cervicales et cervico-brachialgie gauche, PSH gauche et tendinopathie manifeste post-traumatique, troubles statiques et dégénératifs lombaires importants préexistants à l'accident selon SUVA; le médecin émettait l'avis que son patient était dans l'incapacité totale d'exercer son métier de maçon depuis le 8 novembre 1993 et préconisait une expertise s'agissant des troubles somatiques (rapport du 5 février 2002; pce 64 OAI);

- d) un rapport d'expertise pluridisciplinaire des Drs D_____, E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et F_____ "psychiatre FMH", tous médecins auprès du service médical régional AI (SMR), concluant à une capacité de travail de 100% dans toute activité et ce, malgré les diagnostics retenus (trouble somatoforme douloureux persistant, troubles dégénératifs rachidiens mineurs [cervicarthrose C5-C6, discarthrose lombaire étagée] et hypertension artérielle traitée; cf. expertise du 4 juillet 2002; pce 82 OAI).
4. Le 26 mai 2005, le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté le recours formé par l'assuré contre les décisions de l'OAI (ATAS 474/2005). Durant la procédure, avaient notamment été produits les documents suivants :
- a) un rapport du Dr G_____, spécialiste FMH en neurologie, concluant à un état neurologique dans les limites de la norme, sans anomalie notable, en particulier sans signe d'un syndrome du tunnel carpien ou d'une radiculopathie cervicale déficitaire (rapport du 29 septembre 2003; pce 103 OAI);
- b) un rapport de consultation du Dr H_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, faisant état d'une myélopathie cervicale débutante sur canal étroit, majorée par une cervicarthrose C5-C6 et précisant que, la situation devenant sérieuse, il faudrait vraisemblablement envisager une décompression cervicale, étant souligné que, du point de vue des douleurs, une telle intervention ne serait sans doute pas susceptible d'améliorer la situation mais permettrait surtout de limiter la souffrance médullaire (rapport du 28 novembre 2003; pce 111 OAI);
- c) un bref rapport du Dr H_____, du 12 janvier 2005, confirmant l'aggravation de l'état du patient avec l'apparition d'un signal médullaire et préconisant une opération, sous forme de corpectomie C5-C6 avec reconstruction par voie antérieure en avril (pce 115 OAI);
- d) le compte rendu opératoire, établi le 29 avril 2005 (pce 116 OAI); le Dr H_____, suite à l'opération, a indiqué que son patient allait "relativement bien" hormis des douleurs musculaires postérieures calmées par le port occasionnel d'une collerette et quelques difficultés à élever son bras au-dessus de l'horizontale à gauche, mais sans signe de compression radiculaire (pce 123 OAI).
5. Le 21 avril 2006, le Tribunal fédéral (TF), saisi à son tour par l'assuré (qui faisait valoir, en substance, que de nombreux médecins avaient attesté d'une affection dégénérative du rachis et de céphalées aiguës entraînant une incapacité de travail et que le trouble somatoforme douloureux dont il était atteint devait se voir reconnaître un caractère invalidant), a rejeté le recours de ce dernier (ATF I 483/05).

Se référant au rapport d'expertise pluridisciplinaire du SMR, le TF a considéré comme établi que l'assuré souffrait d'un trouble somatoforme douloureux sans maladie psychiatrique associée, dès lors que les constatations cliniques objectives et radiologiques ne permettaient pas d'expliquer la nature et la localisation des douleurs et qu'aucune pathologie psychiatrique n'avait été décelée. Le TF a admis que plusieurs médecins avaient constaté la présence de troubles dégénératifs du rachis mais a estimé que l'appréciation du médecin-traitant - qui jugeait que ces troubles rendaient son patient inapte au travail - était davantage fondée sur les plaintes de l'assuré que sur des constatations objectives et était par ailleurs infirmée tant par le rhumatologue que par les experts du SMR; ces derniers avaient qualifié les troubles rachidiens de mineurs et souligné qu'au vu de l'absence de déconditionnement après neuf ans d'incapacité de travail, de la présence d'un trophisme musculaire au-dessus de la norme pour un homme de cet âge et de l'absence d'évolution d'un déficit segmentaire neurologique, on ne pouvait conclure à une incapacité de travail de si longue durée sur le plan de la médecine interne et dans le domaine ostéoarticulaire.

Quant au trouble somatoforme douloureux persistant, le TF, en l'absence de comorbidité psychiatrique, d'une affection corporelle chronique ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, de l'épuisement par l'assuré de toutes ses ressources adaptatives, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ou encore d'un état psychique cristallisé, a jugé qu'on ne pouvait lui reconnaître un caractère invalidant.

S'agissant plus particulièrement de l'aggravation constatée par le docteur H_____, le Tribunal fédéral a relevé que, dans la mesure où elle était postérieure à la décision sur opposition, elle sortait de l'objet de la contestation mais pourrait, cas échéant, faire l'objet d'une nouvelle demande de prestations.

6. Le 14 juin 2006, l'assuré, alléguant qu'une péjoration de son état de santé avait clairement été constatée depuis 2003 en tout cas, a saisi l'OAI d'une nouvelle demande de prestations.
7. Le 6 juillet 2006, le Dr C_____ a établi un rapport dans lequel il a confirmé l'aggravation de l'état de son patient depuis novembre 2003; cette aggravation était illustrée par l'apparition d'une myélopathie cervicale ayant relativement évolué jusqu'à justifier une intervention neurochirurgicale en avril 2005. Malgré l'opération, la péjoration s'était poursuivie, se manifestant principalement par de fortes douleurs au niveau cervical. Le médecin a émis l'avis que, depuis novembre 2003, aucune activité n'était envisageable. Il a également précisé que son patient était suivi par un psychiatre en raison d'un

état dépressif de plus en plus marqué suite à l'évolution de son état de santé. (pce 135 OAI).

8. Le Dr H_____ a également rendu un rapport en date du 15 juillet 2006 dans lequel il a indiqué que l'état de son patient était stationnaire dans la mesure où des douleurs cervicales et des céphalées persistaient. Selon lui, la reprise d'une activité, quelle qu'elle soit, était impossible (pce 136 OAI).
9. Le 27 décembre 2006, le Dr I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a fait état d'une décompensation dépressivo-anxieuse réactionnelle avec somatisations multiples apparue progressivement suite à l'intervention pratiquée en avril 2005. Il a conclu à une incapacité totale de travail à compter du 21 avril 2005. Le médecin a expliqué que son patient souffrait d'un état dépressif et anxieux important, avec sentiment d'être fortement handicapé et vision de l'avenir très sombre. Il a relaté que l'assuré avait le sentiment que les symptômes s'étaient encore aggravés depuis l'intervention et que cela avait pour effet d'exacerber des caractéristiques comportementales telles qu'énervement, irascibilité, colère et décompensation dépressive avec bouffées d'angoisse et cortège important de troubles concomitants (insomnies, somatisations multiples d'origine réactionnelle). Sur le plan psychologique, le Dr I_____ a décrit l'assuré comme étant focalisé sur ses douleurs et ne parlant quasiment que de cela. Malgré une discrète amélioration de l'humeur, un état d'angoisse persistait en dépit de l'administration d'antidépresseurs et d'anxiolytiques. Le médecin a réservé son pronostic en raison du fait que l'évolution de la symptomatologie somatique semblait s'aggraver au fil du temps (pce 150 OAI).
10. Le dossier de l'assuré a été soumis au Dr J_____, du SMR, qui a émis l'avis, en date du 16 mars 2007, que, du point de vue somatique, l'intervention chirurgicale avait certes justifié une incapacité de travail durant quelques mois en 2005 mais qu'au-delà, les limitations fonctionnelles objectives étaient demeurées inchangées et, par conséquent, la capacité de travail également. Sur le plan psychiatrique, le médecin a relevé que la "décompensation dépressivo-anxieuse avec somatisations multiples réactionnelle" évoquée par le Dr I_____ correspondait à un trouble anxieux et dépressif mixte au sens de F41.2 CIM 10, dont il a relevé qu'il se définit comme la "combinaison de symptômes relativement légers de ses troubles". Il en a tiré la conclusion qu'un tel trouble ne revêtait pas un degré de gravité suffisant pour se voir reconnaître un caractère invalidant, soulignant que les symptômes rapportés par le psychiatre (énervement, irascibilité, colère) n'étaient pas incapacitants mais à considérer comme des manifestations psychiatriques d'accompagnement du trouble somatoforme douloureux, réactionnelles à ce dernier, mais n'ayant pas valeur d'invalidité en soi ni de comorbidité psychiatrique suffisante (pce 153 OAI).

11. Le 28 mars 2007, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont ressortait qu'il se proposait de rejeter sa nouvelle demande de prestations.
12. L'assuré a contesté ce projet en produisant un rapport du Dr H_____ du 11 mai 2007 indiquant que son état se détériorait sur le plan médical puisque l'on retrouvait au niveau lombaire la même problématique que celle précédemment apparue au niveau cervical (à savoir un canal lombaire étroit congénital aggravé par des troubles dégénératifs) et ayant pour conséquences des lombalgies croissantes et des difficultés à la marche.
13. Le 25 juin 2007, l'assuré a également produit un rapport établi le 19 juin 2007 par le Dr K_____, du département de chirurgie des HUG (chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur). Le médecin y relayait les plaintes du patient concernant des lombosciatalgies exacerbées depuis environ six mois, un périmètre de marche limité à 500 mètres et des douleurs nocturnes. Le médecin a souligné que ces douleurs avaient été explicitées par une imagerie par résonance magnétique (IRM) montrant une sténose plus particulièrement marquée au niveau L4-L5 et L5-S1 ainsi qu'une dégénérescence discale pluri étagée L4-L5.
14. Le 19 juin 2007, le Dr H_____ a indiqué que la myélopathie de son patient était restée stable au cours de l'année 2006 mais que du point de vue lombaire, il avait constaté une aggravation avec un syndrome vertébral un peu plus sévère, marqué par des contractures musculaires à la palpation et une limitation de la mobilité. Le médecin a expliqué qu'eu égard aux troubles dégénératifs constatés et à l'étroitesse du canal lombaire, il n'était pas surprenant que les troubles s'accroissent après la chirurgie cervicale puisque cette dernière avait consisté en une fixation pluri étagée : la perte de la mobilité cervicale causait un transfert des contraintes de mobilité vers le segment lombaire, d'où une accentuation des troubles déjà constatés plus tôt.
15. Ces documents ont été soumis au Dr J_____, qui, le 6 juillet 2007, a émis l'avis que l'aggravation des lombosciatalgies dont faisait état le Dr K_____ constituait un fait nouveau justifiant une incapacité de travail totale dans l'activité de maçon depuis janvier 2007 et préconisant une réévaluation de la situation 3 mois après l'opération prévue en janvier 2008. (pce 166 OAI).
16. Le 28 février 2008, le Dr K_____ a rempli un rapport concluant à une totale incapacité de travail, que ce soit dans l'activité précédemment exercée par l'assuré ou toute autre, en raison des douleurs persistantes du patient. Il a précisé que ce dernier ne pouvait rester assis plus de 30 minutes par jour, qu'il en allait de même de la position debout ou de toute autre position statique. Il lui fallait également éviter les positions agenouillés ou en inclinaison du buste. Le

paramètre de marche était limité à 300 mètres, le port de charge à 5 kg. Le médecin a également préconisé d'éviter le travail en hauteur, les horaires irréguliers ainsi que les mouvements des membres ou du dos répétitifs.

17. Le dossier de l'assuré a une nouvelle fois été soumis au SMR. Le 2 avril 2008, la Dresse D_____ a relevé que les suites postopératoires avaient été décrites comme simples, que les plaintes de l'assuré ne correspondaient pas à l'évolution médicale habituelle et qu'un examen complémentaire était nécessaire, raison pour laquelle elle a préconisé une expertise rhumatologique.
18. Le mandat en a été confié au Dr L_____, spécialiste FMH en rhumatologie, qui a rendu son rapport en date du 16 juin 2008 (pce 184 OAI), sur la base d'un examen et de l'étude du dossier de l'assuré, ainsi que de son dossier radiologique.

Il a été relaté que le patient se plaignait de lombopygialgies d'allure lancinante et chronique irradiant dans les fesses et les membres inférieurs, de cervico-brachialgies d'allure mécanique, chroniques, irradiant dans les épaules et de poly arthralgies, localisées au niveau des épaules, des coudes, des poignets, des péri hanches, des genoux et du thorax antérieur, d'allure mécanique, fluctuant dans leur intensité.

L'expert a retenu à titre de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail : des lombopyalgies récurrentes, chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, des cervico-brachialgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et un syndrome poly insertionnel douloureux récurrent entraînant une diminution du seuil de tolérance à la douleur.

L'expert a également fait mention, tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, une probable sinistrose, un statut anxiodépressif réactionnel traité depuis 2005, une hypertension artérielle traitée et une obésité.

L'expert a noté une diminution de la force de préhension de la main gauche fluctuant au cours de l'examen et possiblement séquellaire de la myélopathie opérée en 2005. Il a expliqué que l'ensemble de la symptomatologie s'inscrivait cependant avant tout dans le cadre d'une nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur, soulignant que tous les signes comportementaux selon WADELL étaient présents. Aucun trouble dégénératif significatif important n'a été mis en évidence. Le médecin a constaté une discordance entre les plaintes, l'impotence fonctionnelle de l'assuré et les examens cliniques et para cliniques effectués.

S'agissant de la capacité résiduelle de travail de l'intéressé, l'expert a conclu que, dans l'activité de maçon, elle était nulle. En revanche, dans une activité

adaptée, c'est-à-dire permettant d'éviter les mouvements en porte-à-faux, les mouvements de préhension, les longs trajets (plus d'une demi-heure), le port de charge de plus de 5 kg, une capacité médico théorique de 80 % voire plus en fonction de l'évolution, pourrait être admise.

Le Dr L_____ a admis que son appréciation s'écartait de celles des Drs K_____, I_____ et H_____. Il a expliqué cette divergence par le fait qu'à son avis, confirmé par les dires de l'assuré, la situation s'était améliorée suite à l'opération neurochirurgicale, tant dans les mouvements de préhension fine qu'au niveau de la force. Seules les douleurs cervicales et lombaires s'étaient étendues, entraînant une impotence fonctionnelle de plus en plus invalidante pour l'assuré. Les statuts post opératoires étant dans les normes, il fallait selon lui conclure que les interventions avaient permis une amélioration de la symptomatologie neurologique. Cependant, les symptômes, "facteurs subjectifs et propres à chaque individu" restaient présents.

L'expert a relevé l'absence d'amyotrophie tant au niveau des membres inférieurs qu'au niveau des membres supérieurs et une mobilité articulaire conservée.

Il a ajouté que ses constatations rejoignaient celles des Drs E_____, D_____ et A_____ qui n'avaient par le passé pas mis en évidence de corrélation entre les plaintes de l'assuré et les découvertes para cliniques et cliniques.

Selon l'expert, les suites opératoires avaient été favorables et décrites comme une réussite même si les douleurs persistaient. En conséquence, seule une invalidité transitoire de 3 à 6 mois pouvait être reconnue suite aux opérations. La seule aggravation constatée se situait au niveau des douleurs dont il a souligné qu'elles étaient par définition subjectives. Selon lui, cette aggravation était imputable à une diminution du seuil de tolérance à la douleur, "probablement à corréliser avec le contexte socio-économique de l'assuré" et avec la présence d'une sinistrose.

L'expert a finalement conclu à une capacité résiduelle de travail de 80 % dans une activité adaptée telle que l'accueil, la réception, le magasinage d'objets légers. (2.2 de l'expertise).

Il a précisé que, depuis septembre 2005, il y avait eu péjoration des douleurs cervico-brachiales et que l'opération avait permis une amélioration des symptômes neurologiques. Il a estimé que la reprise d'une activité adaptée aurait raisonnablement pu être proposée depuis octobre 2007, soit six mois après l'opération.

En septembre 2007, l'assuré avait présenté une exacerbation des lombopalgies qui avait été suivie par une opération de décompression de sorte que, depuis avril 2008 et jusqu'à six mois après l'opération, une invalidité devait être admise (chiffre 2.5 du rapport).

A la question de savoir comment le degré d'incapacité avait évolué, l'expert a répondu : "elle est restée nulle jusqu'à ce jour vu que l'assuré a mal partout et que les douleurs se sont étendues sous forme de taches d'huile" (chiffre 2.6 du rapport).

19. Ce rapport a été soumis au SMR et plus particulièrement au Dr M_____ qui, le 11 août 2008, a émis l'avis qu'il était clair mais que le syndrome polyinsertionnel douloureux et récurrent ne devrait pas figurer sous la rubrique des diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail puisqu'il ne constituait pas en soi une atteinte à la santé incapacitante, vu la non-réalisation des critères posés par la jurisprudence. Il a ajouté que le contexte socio-économique et la présence d'une sinistrose n'étaient pas non plus des éléments relevant du domaine médical. Il en a tiré la conclusion que si, depuis septembre 2005, une incapacité de travail totale et définitive dans l'activité de maçon était justifiée par les atteintes ayant motivé les interventions pratiquées en 2005 et 2007, en revanche l'exercice d'une activité adaptée à 80 % était exigible dès novembre 2005 (six mois après la première opération) puis dès avril 2008 (six mois après la seconde opération; pce 188 OAI).
20. Le 13 février 2009 le Dr N_____, spécialiste FMH en oncochirurgie, a indiqué à l'OAI qu'un carcinome colique multi métastatique avait été diagnostiqué en décembre 2008, qu'il s'agissait là d'une maladie incurable et que le pronostic était très réservé.
21. Le SMR a émis l'avis en date du 23 février 2009 que cette nouvelle atteinte à la santé entraînait une incapacité de travail durable nouvelle justifiée dans toute activité.
22. Le dossier de l'assuré a dès lors été soumis à la division de réadaptation professionnelle qui a procédé au calcul théorique du degré d'invalidité qu'elle a évalué à 31,9 % (pce 206 OAI).
23. Dans un rapport complémentaire du 26 février 2009 le Dr O_____, spécialiste FMH en gastro-entérologie et hépatologie, a confirmé le diagnostic d'adénocarcinome du haut rectum avec métastases pulmonaires présent depuis le 15 décembre 2008. Il a expliqué que c'était l'installation d'une constipation avec sensation de devoir aller à selles et exonération très difficile et des douleurs localisées dans la fausse iliaque gauche qui avaient motivé la coloscopie qui avait mis en évidence cette atteinte. La présence de métastases pulmonaires bilatérales avait également été mise en évidence. Le médecin a

conclu a une incapacité totale de travail quelle que soit l'activité envisagée (pce 208 OAI).

24. Le 4 mars 2009, l'OAI a adressé à l'assuré un nouveau projet annulant et remplaçant celui du 28 mars 2007. Il en ressortait qu'il se proposait de lui accorder une rente limitée dans le temps du 1^{er} septembre 2007 au 30 juin 2008.
25. L'assuré l'ayant contesté, le dossier a été soumis une nouvelle fois au SMR. La Dresse D_____, le 9 avril 2009, a émis l'avis que l'expertise du Dr L_____ devait se voir reconnaître pleine valeur probante et que le fait que l'assuré ait déjà été atteint d'un cancer au moment de l'expertise ne modifiait pas les conclusions de cette dernière puisque le cancer ne s'était manifesté cliniquement qu'à partir de décembre 2008. (pce 217 OAI)
26. Le 19 juin 2009, un 3^{ème} projet a été adressé par l'OAI à l'assuré, annulant et remplaçant celui 4 mars 2009. Il en ressortait que l'OAI se proposait d'octroyer à l'assuré une rente entière du 1^{er} novembre 2004 au 31 octobre 2005 puis du 1^{er} septembre 2007 au 31 mars 2008.
27. L'assuré l'ayant également contesté, son dossier a été soumis une dernière fois au SMR qui, le 31 août 2009, a maintenu sa position, tout en précisant que depuis décembre 2008, la capacité de travail de l'assuré devait être considérée comme nulle, probablement de manière définitive.
28. Le 9 septembre 2009, le Dr P_____ a adressé à l'OAI un bref rapport dans lequel il a indiqué que le patient souffrait toujours de troubles neurologiques liés à sa myélopathie irréversible. Le médecin a précisé que l'opération pratiquée en septembre 2007 au niveau des lombaires avait amélioré la symptomatologie douloureuse mais que des douleurs pseudo radiculaires bilatérales et à bascule étaient encore présentes. Il a ajouté que l'assuré, porteur d'une "stomie de HARTMANN", était dans l'impossibilité de poursuivre la rééducation et le reconditionnement de sa colonne vertébrale lombaire de sorte qu'il était toujours dans l'incapacité totale d'exercer une activité lucrative, les séquelles de la myélopathie cervicale étant toujours présentes ainsi que les lombalgies. (pce 230 OAI)
29. Le 12 novembre 2009, l'OAI a rendu une décision aux termes de laquelle il a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière limitée dans le temps aux périodes du 1^{er} novembre 2004 au 31 octobre 2005 et du 1^{er} septembre 2007 au 31 mars 2008.

L'OAI a admis que l'assuré, depuis le 23 novembre 2003, avait été dans l'incapacité totale d'exercer son activité habituelle de maçon en raison d'une myélopathie cervicale débutante en lien avec des lésions dégénératives connues

en C5-C6. Se basant sur les conclusions du Dr L_____, l'OAI a en revanche considéré que, dans une activité adaptée, c'est-à-dire permettant de diminuer les mouvements en porte-à-faux et les mouvements de préhension, d'éviter les longs trajets (plus d'une demi-heure) et le port de charges de plus de 5 kg, l'assuré avait recouvré une capacité de travail médico-théorique de 80 % depuis le 1^{er} novembre 2005, soit six mois après la première opération (du 21 avril 2005).

L'OAI a néanmoins relevé s'agissant de l'expertise, d'une part, que l'expert avait fait une erreur en retenant comme date d'aggravation de l'état de santé de l'assuré le mois de septembre 2005 alors qu'en réalité c'était en date du 23 novembre 2003 - date de la consultation du Dr H_____ - que la capacité de travail devait être considérée comme nulle, d'autre part, que le syndrome douloureux ne remplissait pas les conditions permettant de le considérer comme une atteinte ayant des répercussions sur la capacité de travail, enfin, que ni le contexte socio-économique ni la présence d'une sinistrose ne relevaient du domaine médical.

L'OAI a dès lors comparé le revenu que l'assuré aurait réalisé sans invalidité, soit 62'638 fr. (selon l'Enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique [ESS] 2006, TA1, ligne 45 : homme exerçant une activité non qualifiée dans le domaine de la construction), à celui qu'il pourrait obtenir malgré l'atteinte à sa santé, soit 42'636 fr. (ESS 2006, TA1, pour un ouvrier exerçant une activité industrielle légère non qualifiée et avec une réduction supplémentaire de 15% pour tenir compte des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assuré), aboutissant ainsi à un degré d'invalidité de 31,9 %, insuffisant pour ouvrir droit à une rente, raison pour laquelle un terme a été mis à celle-ci au 31 octobre 2005.

L'OAI a néanmoins admis une réouverture du droit à une rente à compter de septembre 2007 - date de la seconde opération - et durant six mois - soit jusqu'à la fin du mois de mars 2008, date à laquelle la capacité de l'assuré est redevenue de 80%, telle que décrite par l'expert, raison pour laquelle il a à nouveau été mis un terme au versement de la rente à ce moment-là.

Quant à la nouvelle atteinte à la santé invalidante diagnostiquée en décembre 2008, l'OAI a relevé qu'elle marquait le départ d'un nouveau délai de carence d'une année.

Enfin, l'OAI a estimé que le courrier du Dr K_____ du 9 septembre 2009, n'apportait aucun élément permettant de s'écarter de l'expertise puisqu'il rejoignait les conclusions du SMR selon lesquelles l'incapacité totale de travail débutée en décembre 2008 était principalement due à l'affection tumorale.

30. Par écriture du 14 décembre 2009, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant préalablement à l'audition des Dr H_____, K_____, et L_____. Quant au fond, il a conclu à ce qu'une rente entière lui soit allouée à compter du 15 juin 2007. Il reproche en particulier à l'intimée d'avoir supprimé sa rente entre le 15 juin et le 1^{er} septembre 2007 puis à partir du 1^{er} avril 2008. Selon lui, l'OAI, en se basant exclusivement sur l'expertise du Dr L_____ et en négligeant les autres avis médicaux s'est livré à une appréciation arbitraire et incomplète des faits.

Le recourant conteste le choix de l'expert, dont il fait remarquer qu'il est rhumatologue alors que les atteintes à sa santé ne relèvent en rien de cette discipline.

Il conteste avoir recouvré une capacité de gain de 80 % au mois d'avril 2008, alléguant que la tumeur dont il est atteint était alors déjà invasive.

Il conteste par ailleurs devoir être soumis à un nouveau délai de carence.

A l'appui de sa position, le recourant invoque l'avis des Dr C_____, H_____, I_____ et K_____, dont il allègue qu'ils s'accordent tous à lui reconnaître une totale incapacité à exercer la moindre activité professionnelle et ce, depuis le 15 juin 2006 au moins.

31. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 19 janvier 2010, a conclu au rejet du recours.

L'intimé a pris acte que la période antérieure à juin 2007 n'était pas contestée.

Pour le reste, l'intimé relève que, puisque le Dr K_____ préconise un examen médical complémentaire, c'est que la situation médicale n'est donc pas aussi claire que le recourant veut bien le dire.

Il fait remarquer que par le passé, le recourant a déjà invoqué les avis des Dr H_____ et C_____ pour conclure à l'octroi d'une rente, droit qui lui a été nié tant par le Tribunal cantonal que par le Tribunal fédéral.

Quant à la nouvelle atteinte à la santé, l'intimé rappelle qu'elle n'est pas à elle seule déterminante et qu'elle ne peut être prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail et influence la capacité de gain de l'assuré. Il s'insurge dès lors de l'argument selon lequel le Dr L_____ n'aurait pas décelé le cancer, celui-ci n'ayant été diagnostiqué qu'en décembre 2008, soit plusieurs mois après l'expertise. A cet égard, l'intimé maintient que dans la mesure où il s'agit d'une nouvelle atteinte, un nouveau délai de carence d'un an s'applique.

32. Une audience d'enquête s'est tenue en date du 18 mars 2010 au cours de laquelle a été entendu le Dr H_____, spécialiste en neurochirurgie, qui suit le recourant depuis plus de dix ans.

Le médecin a expliqué que la première intervention, motivée par la myélopathie cervicale, a été pratiquée en avril 2005, qu'il s'agissait d'une opération assez sérieuse dont le patient s'était assez bien remis mais sans pouvoir toutefois guérir, l'intervention ne pouvant que stopper l'évolution de la maladie. Cette opération n'avait donc pas amélioré l'état du patient. A l'époque, ce dernier était en arrêt de travail. Le témoin a indiqué qu'il lui était difficile de dire s'il aurait récupéré une capacité de travail suite à l'intervention, mais qu'il était en tous les cas certain que l'assuré ne pouvait reprendre son activité de maçon. En revanche, le témoin a estimé qu'il était possible que l'assuré ait recouvré une certaine capacité de travail dans un autre domaine d'activité. S'agissant des limitations rencontrées par son patient, le témoin a fait mention d'un manque de force dû à la compression médullaire et d'un manque de dextérité (les mouvements fins tels que boutonner une chemise, par exemple, exigent, désormais des efforts très importants). Il en a tiré la conclusion qu'une activité dans l'horlogerie, par exemple, serait désormais inenvisageable. Le témoin a ajouté que le maintien de postures statiques et l'utilisation des avant-bras en force ou en suspension devaient également être évités. Ainsi, le travail sur ordinateur ou l'utilisation d'une souris seraient problématiques. En conséquence, selon le témoin, seule une activité intellectuelle pourrait entrer en ligne de compte.

Le témoin a ensuite confirmé l'aggravation mentionnée dans son courrier du 11 mai 2007. A cet égard, il a expliqué que la myélopathie trouve son origine dans un rétrécissement congénital du canal rachidien, que l'on retrouve plus particulièrement dans certaines populations, par exemple la portugaise, que ce rétrécissement congénital est encore accentué avec l'âge et qu'il était donc prévisible que le problème rencontré par l'assuré au niveau des cervicales se retrouverait plus tard au niveau lombaire, en raison de l'arthrose. Chez l'assuré, l'aggravation s'est manifestée au niveau lombaire mais également au niveau cervical dans la mesure où l'intervention a eu pour conséquence l'apparition de douleurs (lesquelles s'expliquent par le fait qu'il a fallu procéder au blocage de plusieurs vertèbres). Le témoin a souligné que l'intervention était néanmoins nécessaire pour préserver la fonction neurologique, même si elle a eu des conséquences douloureuses.

L'assuré a été opéré une seconde fois en mai 2007, cette fois pour procéder à une décompression au niveau lombaire. Malheureusement, le résultat de cette intervention s'est révélé assez décevant. En effet, selon le témoin, l'état du patient s'est plutôt détérioré : des complications sont apparues, plus particulièrement sous la forme d'une sciatique. L'imagerie a montré que la

décompression n'était pas optimale et que l'une des vis semblait déborder et entrer en conflit avec l'une des branches du nerf sciatique. Malgré plusieurs tentatives, dont une infiltration pratiquée le 27 mai 2008, l'état du patient n'a pu véritablement être amélioré.

Ces éléments ont conduit le centre de la douleur des HUG à prescrire différents antalgiques, notamment certains antiépileptiques et antidépresseurs qui ont pour conséquence un ralentissement des fonctions supérieures et une sorte "d'abrutissement" du patient et qui ont ainsi une répercussion sur la capacité de travail de ce dernier, notamment sur ses capacités de concentration.

33. Lors de cette audience, a également été entendu le Dr K_____.

Celui-ci a expliqué que lorsqu'un patient lui est adressé pour une intervention, c'est qu'il est "en bout de chaîne thérapeutique", c'est-à-dire que, durant au moins 6 mois, tous les traitements ont été tentés et que l'opération apparaît comme la seule option restante pour améliorer son état. Le patient est alors, en règle générale, très handicapé dans sa vie quotidienne et sa vie professionnelle, ce qui était le cas du recourant.

Le témoin a confirmé que les interventions pratiquées n'avaient pour objectif que de stopper l'évolution de la maladie, c'est-à-dire, en termes clairs, d'éviter au patient la tétraplégie.

Le témoin a ajouté que, malheureusement, s'agissant de l'assuré, l'évolution postopératoire n'avait pas été celle escomptée : le patient a continué de souffrir de douleurs lombaires basses très importantes et il n'y a pas eu, globalement, d'amélioration significative de son état. Au contraire, une douleur irradiant dans le membre inférieur droit est apparue. La possibilité d'une vis débordant légèrement a été évoquée.

S'agissant du rapport du Dr L_____, le témoin a indiqué qu'il le trouvait bien fait (les limitations fonctionnelles évoquées et les constatations de l'expert lui paraissaient correctes) mais qu'il n'était pas sûr d'en partager les conclusions quant à l'évaluation de la capacité résiduelle de travail du patient dans une activité adaptée. A cet égard, le témoin s'est interrogé sur l'activité qui pourrait véritablement être adaptée à un patient souffrant de douleurs quotidiennes et dont on relève notamment qu'il ne peut conserver une position plus de 15 mn.

Quant à savoir s'il était judicieux de soumettre le patient à l'expertise d'un rhumatologue plutôt que d'un neurologue, le témoin a exprimé l'avis qu'un rhumatologue était à même d'évaluer les limitations fonctionnelles du patient, d'autant que le problème neurologique était désormais stabilisé et que le handicap est la conséquence des douleurs lombaires et cervicales.

34. Entendu à son tour, le Dr L_____ a expliqué que, pour conclure à un état plus ou moins stationnaire du patient, il avait comparé ses propres observations à celles des autres médecins qui s'étaient exprimés avant lui et dont les rapports avaient été versés au dossier.

S'il a estimé que l'évolution avait été relativement favorable, c'est que si les plaintes douloureuses persistaient, il y avait en revanche eu quasi-disparition des symptômes dus à l'affection neurologique.

Le témoin a dit avoir constaté une force de préhension fluctuante au fil de l'examen, ce qui l'a conduit à penser qu'elle était effectivement fonction des douleurs; elle était diminuée à gauche, mais conservée à droite et le patient indiquait avoir constaté une légère amélioration à ce niveau-là.

L'expert a admis qu'il lui était difficile de se prononcer sur l'état du patient avant l'opération pratiquée en 2007 puisque lui-même ne l'avait vu qu'en mai 2008, raison pour laquelle il s'est référé, s'agissant de la période préalable, aux rapports des médecins qui s'étaient alors déterminés, dont il a relevé qu'ils étaient neurochirurgiens. A son avis, l'avis d'un neurologue eût peut-être mieux valu.

L'expert n'a pas contesté la nécessité de l'intervention pratiquée en 2007.

Quant à sa conclusion 2.5, il a expliqué qu'il entendait par "capacité médico-théorique" la capacité du patient évaluée du seul point de vue rhumatologique.

Quant à sa conclusion 2.6, l'expert a reconnu qu'il y avait eu un malentendu : par sa réponse, il entendait indiquer que l'assuré avait été en arrêt de travail jusqu'alors, non qu'il corroborait la conclusion selon laquelle la capacité de travail de l'assuré était nulle.

Le témoin a par ailleurs constaté une diminution du seuil de la douleur ainsi que la présence de cinq signes de Waddell. Ce dernier élément, qui démontre la présence de douleurs non explicables du point de vue somatique, l'a conduit à relativiser l'ampleur de la symptomatologie décrite et à intégrer cette dernière dans le contexte socio-économique.

Enfin, l'expert a expliqué sa divergence avec les conclusions des autres médecins traitants par le fait qu'il avait constaté une discordance entre les plaintes et la symptomatologie douloureuse, symptomatologie qu'il ne niait pas au demeurant.

35. Le 20 avril 2010, le recourant a produit différents documents médicaux émis par le service d'oncologie des HUG concernant son cancer.

Le recourant se réfère à ces documents pour soutenir que son cancer aurait pu être diagnostiqué au début de l'année 2008 déjà puisque durant l'été 2008, il souffrait déjà d'une augmentation de la fréquence des selles, de ballonnements abdominaux et de "faux besoins". Le recourant estime que le fait que le Dr L_____ n'ait pas posé ce diagnostic constituerait une erreur grave qui démontrerait son incompétence.

36. Le 5 mai 2010, le recourant a encore produit une note de radiologie indiquant, que dans le cadre de son cancer sigmoïdien métastatique, les lésions pulmonaires secondaires augmentent en taille.
37. Par écriture du 17 mai 2010, l'intimé, après avoir soumis les différentes pièces produites à son service médical, a répété que, dans la mesure où le cancer constituait une nouvelle atteinte à la santé sans lien avec la problématique ayant conduit à l'octroi d'une rente limitée dans le temps, il y a lieu d'appliquer un nouveau délai de carence. L'incapacité de travail induite par le cancer est admise dès le mois de décembre 2008, ce qui amène l'échéance de ce délai au mois de décembre 2009, soit postérieurement à la décision litigieuse, de sorte qu'une nouvelle décision est nécessaire.
38. Par écriture du 8 juillet 2010, le recourant s'est élevé contre le fait que l'intimé refuse de statuer sur cette nouvelle atteinte sous prétexte qu'une procédure est en cours.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ; 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits

juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343).

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.
4. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est aggravé depuis la décision initiale du 11 avril 2003, confirmée sur opposition le 24 juillet 2003, au point de lui ouvrir droit à une rente d'invalidité.
5. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références).

b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir

d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b), ce qui est précisément le cas en l'espèce.

c) Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA c'est-à-dire en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b) afin d'établir si un changement est intervenu.

Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

6. 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 l'assurée 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 présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

7. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).

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. Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités).

Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

9. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

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 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

10. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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. Étant 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).

11. Enfin, il convient de rappeler que les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA.
12. Parmi les atteintes à la santé psychique pouvant provoquer une invalidité, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies, étant précisé que l'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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

S'agissant plus particulièrement des troubles somatoformes douloureux, la jurisprudence admet qu'ils 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).

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible.

Une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que de tels troubles sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; arrêt I 683/03, du 12 mars 2004, 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 (ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.2) et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATFA I 457/02 du 18 mai 2004, consid. 6.3).

Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est donc une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre une limitation de la capacité de travail susceptible d'entraîner une invalidité (ATFA I 683/03 précité, 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 s., et note 93).

En effet, ainsi que cela a été dit plus haut, la jurisprudence considère qu'en règle générale, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas 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 s.). Une exception à ce principe n'est admise que lorsque, 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 plus, - 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 s.) - raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 s. consid. 2b et les références; ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3 et les arrêts cités; voir également ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Admissible seulement à titre exceptionnel, le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail suppose soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Constituent de tels facteurs : (1) les affections corporelles chroniques distinctes ou d'un autre processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) 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) 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; ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in : *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, *Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten*, in : *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

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 œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge (en cas de litige) 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), non 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, énumérés ci-dessus (cf. ATFA I 683/03 précité consid. 2.2.5).

13. En l'espèce, plusieurs médecins ont confirmé l'aggravation de l'état de santé de l'assuré postérieurement à la décision du 24 juillet 2003. Le Dr C _____ a confirmé l'aggravation de la myélopathie de son patient depuis novembre 2003 (cf. rapport du 6 juillet 2006), aggravation se manifestant par de fortes douleurs cervicales mais également par un état dépressif de plus en plus marqué. Le Dr I _____ a confirmé ce dernier point en concluant à une décompensation dépressivo-anxieuse réactionnelle avec somatisations multiples (cf. rapport du 27 décembre 2006).

Cependant, à ce stade, on ne peut en tirer la conclusion que cette aggravation a influencé le degré d'invalidité. En effet, les douleurs ont certes augmenté, mais s'inscrivent toujours dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux dont il a été jugé qu'il ne remplissait pas les critères pour se voir reconnaître un caractère invalidant. Quant à la pathologie psychiatrique, elle ne revêt à l'évidence pas le caractère de gravité et de durabilité suffisant au sens de la jurisprudence étant rappelé que 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, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas 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). Le Dr I _____ n'a d'ailleurs pas posé le diagnostic d'état dépressif mais celui de décompensation dépressivo-anxieuse - dont le caractère de gravité est moindre, ainsi que l'a relevé le SMR - et a clairement indiqué que cette atteinte était réactionnelle.

Par la suite, le recourant a produit d'autres documents médicaux. Le Dr H _____ a ainsi expliqué que l'on retrouvait au niveau lombaire la problématique précédemment apparue au niveau cervical - mais dont on a vu que le TF avait considéré qu'elle ne pouvait être considérée comme invalidante pour les raisons invoquées.

Le Dr K _____ a également témoigné d'une aggravation des douleurs, en précisant cette fois qu'une IRM avait mis en évidence une sténose L4-L5 et L5-S1 et une dégénérescence discale pluri-étagée (cf. rapport du 19 juin 2007). Ces constatations objectives ont été confirmées par le Dr H _____ qui a précisé que si la myélopathie était restée stable, il y avait eu aggravation du syndrome vertébral, qualifié d'"un peu plus sévère" (cf. rapport du 19 juin 2007). Cependant, même une année plus tard, l'expert rhumatologue qui a examiné l'assuré a constaté l'absence d'amyotrophie des membres et une mobilité articulaire conservée. Au surplus, les suites opératoires ont été qualifiées de simples.

C'est le lieu de relever que le rapport de l'expert rhumatologue doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

Son rapport est le fruit d'une réflexion globale, tenant compte tant des plaintes de l'intéressée que des constatations cliniques et de l'ensemble du dossier médical à disposition. Les conclusions sont claires et motivées, à l'exception, certes, de la réponse à la question 2.6 relative à l'évolution de la capacité de travail, mais sur laquelle l'expert s'est expliqué en audience. Le Dr L_____ a en particulier expliqué les raisons pour lesquelles son appréciation s'écartait de celles des Drs K_____, I_____ et H_____. Le Tribunal de céans ne voit pas de raison de s'écarter de ce rapport, qui remplit à l'évidence les critères jurisprudentiels rappelés ci-dessus pour que lui soit conférée une pleine valeur probante. On ne saurait en particulier faire le reproche - comme le fait le recourant d'une manière qui frôle la témérité - à un expert rhumatologue de ne pas avoir décelé chez l'assuré un cancer du côlon qui ne relevait manifestement pas de sa spécialité et n'a été mis par la suite en évidence que par un examen spécifique. Aucune des inexactitudes reprochées au médecin examinateur par le recourant ne revêt une importance telle qu'elle puisse faire apparaître les conclusions du rapport comme faussées.

Or, tout comme les médecins du SMR avant lui, l'expert n'a pu mettre en évidence de trouble dégénératif significatif important. Seules les douleurs ont augmenté - ce qui n'est pas contesté -, mais les interventions pratiquées ont en revanche amélioré la symptomatologie neurologique, ainsi qu'en a d'ailleurs convenu le Dr H_____.

Il y a dès lors lieu de suivre les conclusions du Dr L_____ tout comme l'a fait l'intimé en reconnaissant à l'assuré le droit à une rente entière limitée dans le temps aux périodes suivant les interventions, soit du 1^{er} novembre 2004 au 31 octobre 2005 et du 1^{er} septembre 2007 au 31 mars 2008. Ces aggravations temporaires ont d'ores et déjà été admises par l'intimé et il y a lieu de les confirmer.

En dehors de ces périodes, on doit convenir avec le Dr L_____ qu'il était exigible de l'assuré qu'il exerçât à 80% une activité adaptée. A cet égard, il convient de relever que le Dr K_____ a déclaré adhérer aux limitations retenues par l'expert.

Pour le reste, le calcul théorique du degré d'invalidité auquel s'est livré l'intimé apparait conforme aux dispositions légales. Il n'est d'ailleurs pas contesté en tant que tel par le recourant.

Quant à la nouvelle atteinte diagnostiquée en décembre 2008, il n'est pas contesté qu'elle entraîne une totale incapacité à exercer la moindre activité et

qu'elle ouvre ainsi droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2009. En effet, s'agissant d'une nouvelle atteinte à la santé sans relation avec celles invoquées précédemment, un nouveau délai de carence est nécessaire, contrairement à ce qu'allègue le recourant. Ce n'est que lorsque la même atteinte que celle ayant précédemment donné lieu à des prestations se réactive et provoque à nouveau une invalidité que l'exigence du délai de carence d'une année tombe. Cela n'est manifestement pas le cas ici.

On ajoutera que dans la mesure où cette ouverture de droit est admise par l'intimé, on en prendra acte dans le présent jugement, sans qu'il soit besoin de rendre une nouvelle décision en ce sens. Bien qu'il s'agisse de faits postérieurs à la décision litigieuse, dans la mesure où ils ne sont pas contestés, ce serait formalisme excessif, dans les circonstances présentes, de renvoyer la cause sur ce point à l'intimé pour nouvelle décision.

Quant à l'argument du recourant selon lequel son cancer aurait pu être diagnostiqué plus tôt, on ne voit pas en quoi il pourrait influencer l'ouverture du droit à la rente puisque ce n'est pas le diagnostic qui fait foi mais bien le moment de la survenance de l'invalidité, c'est-à-dire celui où l'atteinte a commencé à avoir des répercussions sur la capacité de travail et de gain de l'intéressé.

14. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté. En revanche, pour les raisons exposées plus haut, il est pris acte du fait que l'intimé reconnaît à l'assuré le droit à une rente entière à compter du 1^{er} décembre 2009. L'intimé est invité à faire diligence pour qu'il soit rapidement procédé au calcul des prestations dues à l'assuré.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Donne acte à l'intimé de ce qu'il reconnaît le droit du recourant à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2009.
4. Lui renvoie la cause pour calcul des prestations dues.
5. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; 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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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