

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4508/2008

ATAS/196/2010

ORDONNANCE D'EXPERTISE
DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3
du 2 mars 2010

En la cause

Monsieur M_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître HEKIMI Catherine

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente.

EN FAIT

1. Le 24 mars 2005, Monsieur M_____, né en 1963, a été victime d'un accident de la circulation avec choc latéral sur la gauche. A la suite de cet évènement, l'intéressé a été incapable de continuer à exercer sa profession de maçon plâtrier, qu'il avait jusqu'alors pratiquée à plein temps pour un revenu de 29.45 fr./h. (cf. questionnaire employeur). Son salaire s'était ainsi élevé, en 2004, à 61'094 fr. (cf. extrait du compte individuel AVS).
2. Le cas a dans un premier temps été pris en charge par la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA), qui a soumis le dossier de l'assuré au Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement. Le 21 septembre 2005, ce dernier a émis l'avis que l'état de santé de l'assuré était parfaitement compatible avec l'exercice de son métier de plâtrier et que son arrêt de travail, d'une durée de six mois, avait été largement suffisant pour permettre la guérison de la fracture dont il avait été victime. Le Dr A_____ a estimé qu'il était important que l'assuré reprenne le plus rapidement possible son activité afin d'éviter une chronicisation de la situation.
3. La Dresse B_____, médecin traitant de l'assuré, a déclaré ce dernier apte au travail à plein temps dès le 1er septembre 2005. L'intéressé s'est alors adressé au Dr C_____, médecin répondant à la permanence médico-chirurgicale des Acacias, qui a attesté d'une incapacité totale de travail au-delà du 1er septembre 2005 et l'a adressé à l'hôpital cantonal.
4. Par décision du 12 octobre 2005, la SUVA a mis un terme à ses prestations avec effet au 31 août 2005, date au-delà de laquelle elle a estimé qu'il n'existait plus de relation de causalité entre l'accident et les troubles dont souffrait encore l'assuré.
5. Sur opposition, la SUVA a confirmé cette décision en date du 22 mai 2006.
6. Le 14 décembre 2006, le Dr D_____, chef de clinique, et le Dr E_____, médecin adjoint du département d'anesthésiologie, pharmacologie et soins intensifs des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), ont établi un rapport aux termes duquel ils ont indiqué avoir reçu l'assuré en consultation le 31 octobre 2006.

Ces médecins ont retenu les diagnostics de cervicalgies sur pseudarthrose de l'apophyse épineuse C7, protrusion discale C6-C7 et C5-C6 à gauche et discopathie cervicale multi étagée C5-C6, sévère au niveau C6-C7.

Ils ont relaté que durant la consultation, le patient avait décrit une douleur de 8/10 avec des minima à 4/10 et des maxima à 10/10 et qu'une infiltration pratiquée au mois de mars avait amené un soulagement transitoire à distance de l'infiltration.

Les médecins ont proposé d'introduire un traitement médicamenteux et préconisé la reprise d'une physiothérapie adaptée.

7. Le Dr F_____, chef de clinique à la consultation du rachis des HUG, a établi un rapport en date du 16 janvier 2007. Il y confirmait qu'en principe, l'évolution vers la pseudarthrose n'était en général pas source d'inquiétude, que les examens n'avaient pas mis en évidence d'œdème osseux important au niveau de la fracture mais ajoutait qu'il n'est pas obligatoire de retrouver un tel signe dans les pathologies douloureuse. Le Dr F_____ émettait par ailleurs l'avis que l'exercice de l'activité de plâtrier n'était plus envisageable dans la mesure où cette profession impliquait des mouvements répétés en flexion et extension et en hyperextension de la colonne cervicale.
8. Le 17 janvier 2007, l'assuré a déposé une demande de rente auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OAI).
9. Dans un rapport établi le 20 mars 2007, le Dr F_____ a brièvement indiqué que le patient était en arrêt de travail depuis l'accident, que depuis lors, son état était stationnaire, qu'il était limité en ce sens qu'il lui fallait éviter les flexions de la colonne cervicale, mais aussi les extensions, que la douleurs persistait, mais qu'elle était soulagée par des calmants antalgiques et que le port d'une minerve avait amélioré l'état du patient. Le médecin a conclu à une totale incapacité de travail dans l'activité précédemment exercée comme dans toute autre et a préconisé une résection chirurgicale de l'épineuse C7.
10. Quant au Dr C_____, il a confirmé à l'OAI, dans un courrier du 19 mars 2007, les diagnostics posés par les HUG le 14 décembre 2006 et conclu à une totale incapacité de travail depuis le 24 mars 2005, jour de l'accident et ce, quelle que soit l'activité envisagée. Le médecin traitant a précisé que les douleurs apparaissaient à la mobilisation de la colonne cervicale, avec une diminution de la mobilité dans toutes les directions, et que plusieurs essais de traitements antalgiques avaient échoués. Il a émis un pronostic très peu favorable au vu de la persistance des douleurs, malgré plusieurs essais thérapeutiques durant deux ans.
11. Dans un bref rapport daté du 11 janvier 2008 et adressé au Dr C_____, les Drs D_____ et E_____, des HUG, ont indiqué avoir revu en consultation l'assuré, qui leur avait décrit une légère amélioration des douleurs au niveau du bras gauche. Les médecins n'ont pas estimé opportun de pratiquer une intervention.

12. L'assuré a été adressé par l'OCAI au Dr G_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine physique et rééducation et médecin auprès du service médical régional AI (SMR).

Dans son rapport du 17 mars 2008, ce médecin a retenu les diagnostics de cervicalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de discarthrose C5-C6, C6-C7 et de pseudarthrose de l'apophyse épineuse de C7. Il a également mentionné, en précisant qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail, une composante douloureuse de type fibromyalgique et une obésité de classe I.

A l'examen clinique, le médecin a dit avoir constaté une diminution des mouvements automatiques de la nuque, prédominant en rotation droite et en flexion, une vitesse de marche légèrement limitée pour se rendre en salle d'examen, mais fluctuant lors de l'examen avec une vitesse particulièrement ralentie lorsque la marche était analysée spécifiquement. Le status neurologique n'a pas montré de signes de compression ou d'irritation radiculaire. Le médecin a relevé que les nombreuses lâchages au testing musculaire des membres supérieurs ne trouvaient pas d'explication neurologique ou douloureuse. Au niveau cervical, le médecin a observé qu'hormis les limitations des mouvements automatiques de la nuque, l'assuré n'adoptait pas d'attitude antalgique ; la mobilité était sévèrement limitée dans toutes les directions. Le médecin a relevé une composante de fond de type fibromyalgique, avec quinze points positifs sur dix-huit. Le dossier radiologique montrait une pseudarthrose au niveau du processus épineux de C7, avec un léger déplacement caudal de 25%, sans évolution sur les différents clichés. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) pratiquée en février 2006 ne montrait pas de signe inflammatoire au niveau de la pseudarthrose. Des troubles dégénératifs du rachis cervical bas, sous forme d'une discarthrose en C5-C6 et C6-C7 ont été relevés, qui ont été qualifiés de modérés, dans la mesure où les trous de conjugaison étaient libres et où il n'y avait pas d'hernie discale visible.

Le Dr G_____ a conclu que si la pseudarthrose au niveau de C7 et les troubles dégénératifs du rachis cervical bas pouvaient expliquer une partie des symptômes décrits par l'assuré, il existait en revanche une discordance importante entre les allégations de ce dernier et les constatations radio-cliniques objectivables. Le Dr G_____ a émis l'avis que l'assuré sous-estimait ses capacités et se focalisait sur la notion de non-consolidation de la fracture de la vertèbre C7. Il a relevé que l'impression d'instabilité dont se plaignait l'assuré- qui disait ressentir des ressauts au niveau de ses articulations - n'avait été confirmée ni par l'examen clinique, ni par les radiographies fonctionnelles. Le médecin a conclu à l'absence de gravité des lésions, au motif notamment qu'il n'y avait ni composante inflammatoire au niveau de C7, ni aggravation du léger déplacement du fragment distal de l'apophyse épineuse sur les clichés successifs, ni radiculalgies irritatives ou signes en faveur d'une myélopathie cervicale.

Le médecin a retenu, au titre de limitations fonctionnelles au niveau du rachis cervical, le fait de devoir éviter les mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, les rotations rapides, le travail prolongé en extension de la nuque, le soulèvement de charges de plus de 4 kg bras tendus, le port de charges supérieur à 10 kg et les positions statiques (assise au-delà d'une heure, debout au-delà de 20 mn.).

Le Dr G _____ a conclu à une totale incapacité à exercer l'activité de plâtrier, qu'il a qualifiée de physiquement contraignante. Il a expliqué que son évaluation se basait sur une approche globale, tenant compte des troubles dégénératifs associés du rachis cervical bas. En revanche, le médecin a estimé que, d'un point de vue médico-théorique, l'exercice d'une activité adaptée respectant les limitations décrites était exigible à plein temps et ce, dès la fin de la prise en charge du Dr E _____, qui, dans sa consultation du 6 novembre 2007, avait décrit une amélioration des douleurs sous association médicamenteuse. Le Dr G _____ a cependant admis que les chances de succès de mesures professionnelles semblaient restreintes par le syndrome douloureux, devenu diffus.

Enfin, le Dr G _____ a préconisé de vérifier auprès du psychiatre traitant s'il existait des limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique.

13. Interrogé par l'OCAI, le Dr H _____, psychiatre traitant, a indiqué, dans un rapport daté du 15 avril 2008, que son patient souffrait d'un état dépressif réactionnel aux douleurs depuis 2005 (F 32.3, correspondant à un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques). Il ne s'est cependant pas prononcé sur la capacité résiduelle de travail de son patient, renvoyant sur ce point à l'avis du Dr C _____.
14. Le Dr I _____, du SMR, constatant que le Dr H _____ n'avait pas étayé son diagnostic, lui a demandé des précisions et plus particulièrement d'indiquer si, au vu de la sévérité du diagnostic posé, une hospitalisation en milieu psychiatrique avait été envisagée. Il a au surplus été demandé au Dr H _____ de compléter l'anamnèse psychiatrique, de préciser quelle était la fréquence des consultations, quelle était la compliance médicamenteuse et enfin, en quoi consistaient les limitations fonctionnelles psychiatriques.
15. Par courrier du 13 mai 2008, le Dr H _____ a précisé avoir commis une erreur de plume et expliqué qu'il ne fallait pas retenir le diagnostic F32.3 (état dépressif sévère avec symptômes psychotiques), mais le diagnostic F32.11 (état dépressif réactionnel aux douleurs). Il a ajouté qu'il n'y avait pas lieu d'envisager une hospitalisation en psychiatrie et que si le patient avait par le passé souffert d'une réelle détresse, s'était enfermé dans des ruminations et avait fait preuve de nervosité, voire d'impulsivité, il avait pu observer chez lui, lors de la dernière consultation - laquelle remontait au 10 mai 2008 - une amélioration de l'humeur, un

effet antalgique de l'antidépresseur prescrit et une diminution de la tension psychique. Le Dr H_____ a encore précisé que les consultations se suivaient à raison de deux fois par mois, que l'observance médicamenteuse était réelle, que les limitations fonctionnelles au niveau psychiatrique venaient au second plan (derrière le handicap somatique), que la capacité de travail sur le plan psychiatrique stricto sensu était de 100%, mais qu'il fallait néanmoins tenir compte du fait que l'état dépressif était limitatif. Il a cependant admis que, dans la mesure où cet état était entièrement réactionnel aux troubles somatiques et à la perte de gain subie par l'assuré, il était susceptible d'évoluer.

16. La division de réadaptation professionnelle de l'OAI a dès lors procédé au calcul médico-théorique du degré d'invalidité. Elle a pour ce faire comparé le revenu que l'assuré aurait pu réaliser en 2007 sans invalidité, à savoir 66'197 fr., à celui qu'il aurait théoriquement pu obtenir la même année en exerçant une activité adaptée et après réduction supplémentaire de 10%, soit 54'192 fr. (ESS 2006, TA 1, niveau 4 : 4'731 fr. par mois pour un horaire de 40 h./sem. = 4'932 fr. par mois pour un horaire de 41.7 h./sem. = 59'185 fr. en 2006 = 60'213 fr. en 2007), aboutissant ainsi à un degré d'invalidité de 18.1%.
17. Le 6 juin 2008, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître le droit à une rente entière limitée dans le temps à la période du 24 mars 2006 au 29 février 2008, soit trois mois après l'amélioration survenue le 1er décembre 2007, date à compter de laquelle l'OAI a considéré que l'assuré avait recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée.
18. Par courrier du 4 juillet 2008, l'assuré a contesté le fait que l'octroi de la rente soit limité au 29 février 2008. A cet égard, il a invoqué l'avis du Dr F_____ - dont il a rappelé qu'il avait admis qu'il ne pouvait parcourir à pied plus de 200 m. - et allégué que rien, dans son dossier médical, ne laissait supposer que son aptitude à la marche aurait positivement évolué depuis mars 2007. L'assuré ajoutait que ses limitations étaient globalement importantes et très contraignantes et, relevant qu'aucun des médecins consultés jusqu'alors n'avait conclu à une fibromyalgie, concluait que ses symptômes somatiques étaient exclusivement liés à la fracture non consolidée de sa vertèbre C7.

L'assuré faisait en outre valoir qu'au cas où l'OAI persisterait à lui reconnaître une capacité résiduelle de travail, c'est une réduction de 20% - et non de 10% - qui devrait être appliquée au revenu d'invalidité pour tenir compte de son âge (45 ans), de l'absence de formation professionnelle, de ses limitations fonctionnelles et enfin, de sa mauvaise maîtrise de la langue française.

Enfin, l'assuré a demandé à pouvoir bénéficier d'une aide au placement.

19. Le dossier de l'assuré a été soumis une nouvelle fois au SMR, plus particulièrement à la Dresse J_____, qui, dans un avis rédigé le 18 juillet 2008, a relevé que le rapport précédent relatait que l'assuré avait déclaré pouvoir marcher quinze minutes, qu'il était resté assis durant les 65 mn. qu'avait duré l'examen sans se plaindre - alors qu'il annonçait ne pas pouvoir rester assis plus de 30 mn. -, que des discordances avaient d'ailleurs été relevées lors de l'examen et enfin, que les arguments de l'assuré n'étaient pas suffisants pour remettre en question les conclusions de l'examen rhumatologique pratiqué.
20. Par décision du 4 novembre 2008, l'OCAI a donc octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée à la période du 1er mars 2006 au 29 février 2008.
21. Le 28 novembre 2008, le Tribunal cantonal des assurances sociales a statué dans le litige opposant l'assuré à la SUVA (ATAS 1392/2008) et confirmé la fin des prestations de l'assureur-accidents au 31 août 2005 au motif qu'au-delà de cette date, le lien de causalité entre les troubles encore présents et l'accident devait être nié, un laps de temps de cinq mois paraissant, selon le degré de vraisemblance prépondérant requis, largement suffisant pour permettre la guérison de la fracture et la disparition des symptômes.
22. Par écriture du 9 décembre 2008, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal de céans contre la décision de l'OAI, en concluant à l'octroi d'une rente entière illimitée dans le temps.

Il allègue que la légère amélioration des douleurs décrites par le Dr D_____ ne constitue en aucun cas une amélioration notable, puisqu'elle est expressément qualifiée de légère, et qu'elle est en outre limitée au seul bras gauche, de sorte qu'elle ne saurait en aucun cas justifier qu'on le considère soudain comme capable de travailler à plein temps.

Il ajoute que ses cervicalgies sont importantes, puisqu'elles irradient de la tête jusque dans la cuisse.

A l'appui de ses dires, le recourant produit un courrier du Dr C_____ daté du 2 décembre 2008 rédigé en ces termes :

"Je pense que les séquelles présentées par Monsieur M_____ ne lui permettent pas de reprendre son travail, ou toute autre activité adaptée dans un futur proche, compte tenu de sa formation et de ses compétences professionnelles. Ainsi, sa capacité de travailler est de 0%".

Pour le reste, le recourant reprend les arguments déjà développés dans son objection au projet de décision.

23. Invité à se déterminer, l'OAI, dans sa réponse du 20 janvier 2009, a conclu au rejet du recours.

Il soutient que le rapport du Dr G_____ doit se voir reconnaître pleine valeur probante et que le courrier du Dr C_____ du 2 décembre 2008 ne saurait remettre en cause les conclusions convaincantes des spécialistes - d'autant que le médecin traitant motive la totale incapacité de travail de son patient par des éléments dont l'assurance-invalidité n'a pas à répondre.

S'agissant de la réduction à appliquer au revenu d'invalidité, l'OAI fait valoir qu'une réduction supplémentaire ne se justifie pas, dans la mesure où l'assuré se trouve en Suisse depuis de nombreuses années, qu'il est encore relativement jeune et apte à travailler à plein temps et qu'il ne peut justifier de nombreuses années de service puisque par le passé, il a exercé de nombreuses emplois différents, prouvant ainsi qu'il est capable de s'adapter.

24. Le 18 mai 2009, le recourant a encore produit un rapport établi le 15 avril 2009 par le Dr K_____, médecin adjoint au service de rhumatologie des HUG. Il en ressort que le médecin en question a reçu l'assuré à sa consultation spécialisée du rachis en date du 14 avril 2009 et qu'il a conclu à des rachialgies chroniques dans un contexte de pseudarthrose de l'épineuse postérieure. Le médecin décrit le patient comme se trouvant dans un bon état général, avec une surcharge pondérale, présentant de nombreux comportements douloureux de protection, une palpation rachidienne globalement douloureuse mais prédominant au niveau des cervicales où il a noté une allodynie. Le médecin a observé une douleur à la palpation rétro-trochantérienne gauche ainsi qu'à la palpation de toute la région du tenseur du fascia lata gauche. Il a par ailleurs relevé que 13 points de fibromyalgie sur 18.

Il a constaté que l'évolution des cervicalgies apparues suite au traumatisme avait été particulièrement défavorable. Il a précisé que la situation du patient avait été discutée en réunion multidisciplinaire et qu'il avait été conclu qu'il y avait un important travail à faire pour le rassurer sur l'absence de danger de sa pseudarthrose (l'assuré craint en effet une paraplégie). A cet égard, le Dr K_____ a souligné qu'il était fondamental d'expliquer à l'assuré que l'apparition de symptômes n'étaient pas liée à une aggravation anatomique de son problème mais plutôt à un dysfonctionnement du système musculo-squelettique lié à la mauvaise utilisation qu'il en fait depuis des années ; en effet, en raison de l'importance de la kinésiophobie (peur du mouvement) du patient, il était impératif que la remise en mouvement soit progressive afin d'éviter des épisodes de blocage aigus.

Le Dr K_____ a au surplus préconisé la participation à un groupe de thérapie cognitivo-comportementale et précisé que le patient serait convoqué par la Dresse L_____, du centre multidisciplinaire de la douleur des HUG, et que dans l'intervalle, il pourrait valoir la peine de répéter un bloc anesthésique au

niveau de la pseudarthrose. En effet, il pensait que l'obtention d'une analgésie, même de brève durée, devrait être reprise en entretien afin d'insister sur la nécessité d'une reprise du mouvement.

Le médecin a indiqué que si l'association de ces trois interventions (reprise du mouvement, thérapie cognitivo-comportementale et infiltration) permettait un recentrage des symptômes autour de la pseudarthrose, une intervention chirurgicale pourrait alors être envisagée, pour autant que son but soit parfaitement éclairci avec le patient.

25. Le 17 septembre 2009, le Tribunal de céans a entendu le Dr C_____.

Ce dernier a expliqué qu'il suivait le recourant depuis septembre 2005 et que ce dernier le consultait en fonction de ses douleurs, mais au minimum une fois par mois.

Le médecin a dit n'avoir constaté aucune amélioration à la fin de l'année 2007. Selon lui, l'état de son patient s'est au contraire progressivement péjoré, avec l'apparition, notamment, d'une raideur localisée à l'emplacement de la fracture et de problèmes au niveau des membres supérieur puis inférieur gauches.

Le témoin a réaffirmé qu'à son avis, son patient était dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité que ce soit.

Il a expliqué que le traitement consistait en anti-inflammatoires, dérivés de morphine (depuis avril 2007), antidépresseurs, somnifères et protection gastrique.

26. Entendu à son tour, le Dr K_____ a confirmé la teneur de son rapport du 15 avril 2009.

Il a expliqué qu'il soumet à ses patients des questionnaires afin de mieux pouvoir évaluer leur vie quotidienne et que, pour se livrer à une évaluation, il se base sur un maximum de données, c'est-à-dire non seulement cet auto-questionnaire, mais également les rapports obtenus auprès de confrères, l'entretien avec le patient et l'examen clinique.

En l'occurrence, le témoin a indiqué que l'examen clinique du patient, qui se plaignait essentiellement de douleurs relativement diffuses, avait montré un mauvais fonctionnement au niveau cervical et thoracique haut, des contractures musculaires, des amplitudes de mouvements très limitées, ainsi qu'une allodynie (dérèglement du système nerveux qui a pour conséquence que le toucher est vécu comme une douleur). Selon le Dr K_____, l'examen clinique concordait avec les plaintes de l'intéressé.

S'agissant de l'amplitude des mouvements au niveau cervical, le témoin a dit l'avoir testée dans trois directions (flexion-extension, rotation et inclinaison) ; dans

le cas de l'assuré, ces mouvements étaient pratiquement réduits à néant, en ce sens qu'ils n'étaient possibles qu'à raison d'une dizaine de degrés dans chacune des directions testées. Le témoin en tire la conclusion que si le patient devait être amené à effectuer de manière répétitive des mouvements des membres supérieurs impliquant une certaine amplitude au niveau des épaules, cela conduirait à réveiller ses douleurs au niveau cervical.

Le Dr K_____ a par ailleurs souligné que la situation du patient est particulièrement complexe dans la mesure où elle se compose d'une lésion anatomique (mise en évidence par le scanner) mais aussi d'une atteinte liée au mauvais fonctionnement musculo-squelettique. La première se traite par une réduction des mouvements pour permettre la guérison, alors que la seconde devrait plutôt être traitée par une mise en mouvement. Le témoin a émis l'avis que c'était peut-être là l'origine de l'aggravation de l'état du patient.

Quatre ans après l'événement initial et vu le cercle vicieux de la progressive aggravation de l'état du patient, le témoin a évalué la capacité de travail de l'assuré à 0% et ce quelle que soit l'activité envisagée. Il a précisé que si l'intéressé peut effectivement, de temps à autre, porter une charge et effectuer un certain nombre de gestes au quotidien, il ne remplit sans doute plus les critères d'employabilité sur le marché du travail normal. Le témoin a ajouté qu'à son avis, il était même douteux que l'assuré puisse travailler en atelier protégé, dans la mesure où on y exige également un rendement minimum.

Quant à savoir si l'aggravation était due aux douleurs ou à des éléments objectifs, le témoin a répondu que le fait que l'on ait dit à l'assuré qu'il souffrait d'une fissure et qu'on lui ait par ailleurs adressé des messages contradictoires sur le fait de savoir s'il devait se mobiliser par une mise en mouvement ou non, avait eu pour conséquence que son anxiété avait augmenté, par crainte d'aggraver les choses et de se retrouver par exemple en chaise roulante, qu'il avait donc limité ses mouvements, que cela avait eu pour conséquence une augmentation des contractures musculaires, qui elle-même avait entraîné une dégradation du système musculo-squelettique et, donc en définitive, une augmentation et une diffusion des douleurs.

27. A l'issue de ces audiences d'enquêtes, le recourant a demandé la mise sur pied d'une nouvelle expertise rhumatologique.

Les parties ont par ailleurs été invitées à communiquer au Tribunal les questions qu'elles souhaitaient voir poser par écrit au Dr F_____.

28. En conséquence de quoi, le Dr F_____ a été interrogé par le Tribunal de céans par courrier du 19 octobre 2009. Il a répondu en date du 27 octobre 2009 qu'il suivait l'assuré depuis le 3 janvier 2006, qu'il l'avait ensuite revu deux fois en 2006, deux fois en 2007 et, enfin, deux fois en 2009 (la dernière en date du 29 juin 2009).

Le médecin a confirmé qu'en février 2009, il avait constaté que les douleurs s'étaient modifiées en ce sens que jusqu'alors elles étaient très localisées, avec une irradiation discale à la colonne cervicale, alors que désormais le patient se plaignait de symptômes douloureux dans les deux membres inférieurs et supérieurs avec des douleurs cervicales extrêmement diffuses et une raideur encore plus importante qu'auparavant. Il en a tiré la conclusion que la symptomatologie dépassait le cadre strict de la pseudarthrose d'épineuse C7, raison pour laquelle il avait adressé le patient au Dr K_____, spécialiste en rhumatologie et problèmes douloureux chroniques de la colonne cervicale. Ce dernier, après discussion multidisciplinaire, avait conclu que le patient était entré dans un cercle vicieux de douleurs chroniques avec kynésiophobie dont il était difficile de le sortir désormais.

Le Dr F_____ a confirmé que le patient avait somatisé de manière importante et craignait le mouvement, ce qui avait empêché toute prise en charge thérapeutique efficace. Il a précisé que, dans ces conditions, une chirurgie n'était plus du tout d'actualité. Il a ajouté que, loin de constater une amélioration de l'état de santé du patient à la fin de l'année 2009, il avait au contraire une péjoration par rapport à 2006 ou 2007, tout comme le Dr K_____.

S'agissant de la capacité résiduelle de travail de l'assuré, le médecin a émis l'avis que les douleurs et la somatisation étaient tellement importantes que le rendement professionnel était probablement proche de zéro. Il a toutefois précisé que la situation du point de vue médical et psychologique était tellement complexe qu'une nouvelle expertise serait utile.

29. Le recourant, par écriture du 19 novembre 2009, a persisté dans ses conclusions et requis une nouvelle fois la mise sur pied d'une nouvelle expertise afin d'évaluer plus précisément sa capacité de travail à compter du 1er mars 2008.
30. Quant à l'intimé, après avoir pris l'avis du SMR, il a également conclu, en date du 23 décembre 2009, à la mise sur pied d'une nouvelle évaluation rhumatologique neutre.
31. Invitées à suggérer au Tribunal des noms d'experts et à lui transmettre les questions qu'elles souhaitaient voir poser à ce dernier, les parties se sont exécutées en date des 19, respectivement, 21 janvier 2010.

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 loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er 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 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé du recourant entraînent une perte de gain susceptible de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 29 février 2008.
5. 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).

6. 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).

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).

7. 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).

8. L'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3 p. 263; T. LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Bern 1994, t. 1, p. 438). Elle est ainsi tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure, et qu'en particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a p. 283; RAMA 1985 p. 240 consid.4; LOCHER loc. cit.).

De son côté, le juge qui considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136). En matière d'assurance-invalidité, la première solution est en principe préférée (ATFA I 431/02 du 8 novembre 2002).

9. En l'espèce, il apparaît que des investigations médicales complémentaires sont nécessaires sur le plan rhumatologique, ainsi que l'ont suggéré tant le Dr F_____ que la Dresse J_____, pour déterminer comment a évolué l'état de santé du recourant et quelles ont été les éventuelles répercussions sur sa capacité résiduelle de travail postérieurement au mois de février 2008.

Des investigations supplémentaires en ce sens ont été préconisées tant par le SMR que par le recourant.

La cause n'étant, de l'avis du Tribunal de céans comme des parties, pas suffisamment instruite pour permettre de se déterminer en connaissance de cause, il convient de mettre sur pied une expertise rhumatologique qui sera confiée au Dr N_____.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Préparatoirement

2. Ordonne une expertise rhumatologique.
3. La confie au Dr N_____.
4. Invite l'expert, après avoir pris connaissance du dossier de l'OCAI et de celui versé à la présente procédure, examiné et entendu l'assuré, s'être entouré de tous les éléments utiles et avoir notamment consulté les médecins de l'assuré si besoin, à établir un rapport portant sur les points suivants :

1. Anamnèse détaillée du cas
2. Données subjectives et plaintes de l'assuré
3. Constatations objectives
4. Diagnostic (s)
5. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail du recourant, en pour-cent.
6. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant. Indiquer comment elle a évolué dans le temps.
7. D'un point de vue objectif, considérez-vous qu'il y a eu aggravation de l'état de santé depuis le 3 mars 2008 ? En particulier, une nouvelle atteinte à la santé est-elle apparue depuis lors ?
8. L'activité précédemment exercée (ouvrier plâtrier) est-elle encore exigible de l'assuré ? Si oui, à quel taux ?
9. Une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible du recourant malgré l'atteinte à la santé depuis le mois de décembre 2007 ? Dans l'affirmative, laquelle ? A quel taux ? Avec quel rendement ? Dans quel délai ? A-t-elle évolué depuis lors ?

10. Quelles sont les limitations fonctionnelles constatées ?
en particulier :
 - amplitude des mouvements au niveau cervical
 - h./jour durant lesquelles l'assuré peut rester assis
 - h./jour durant lesquelles l'assuré peut rester debout
 - mouvements des membres supérieurs
 - position agenouillée ou accroupie ?
 - distance parcourue à pied
 - port de charges (poids maximum)
 - possibilité d'effectuer des mouvements répétitifs
 - autres limitations fonctionnelles ?
 11. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ?
 12. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle
 13. Pouvez-vous vous prononcer sur les aspects divergents entre l'examen rhumatologique du Dr G_____ du 3 mars 2008 et les éléments apportés par les Drs F_____ et K_____ ?
 14. Pronostic
 15. Toute remarque utile et proposition de l'expert
5. Invite l'expert à rendre son rapport à sa plus proche convenance.
 6. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Yaël BENZ

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