

BVGer C-7469/2006 vom 12. August 2009

Bundesverwaltungsgericht, 2009-08-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7469_2006

FR: TAF C-7469/2006 du 12 août 2009

IT: TAF C-7469/2006 del 12 agosto 2009

Regeste

Assurance-invalidité (divers)

Erwägungen

E. 1.1

Les affaires pendantes devant les commissions fédérales de recours ou d'arbitrage ou devant les services de recours des départements au 1er janvier 2007 sont traitées par le Tribunal administratif fédéral dans la mesure où il est compétent. Le nouveau droit de procédure s'applique (art. 53 al. 2 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32]).

E. 1.2

Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE. En revanche, les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 69 al. 1 let. a LAI). En l'espèce, dans la mesure où la décision du 16 novembre 2006 a été rendue par un office AI cantonal, la présente cause ne devrait pas relever de la compétence du Tribunal administratif fédéral, ni, d'ailleurs, de celle de la Commission fédérale de recours en matière d'assurance-vieillesse, survivants et invalidité pour les personnes résidant à l'étranger, qui existait au moment du dépôt du recours et que le Tribunal administratif fédéral a remplacée (art. 69 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur du 1er juillet 2006 au 31 décembre 2006). Il convient toutefois de relever qu'en l'occurrence, l'office AI cantonal n'était pas non plus compétent pour rendre la décision entreprise. En effet, en application des art. 55 al. 1 et 56 LAI, l'office AI compétent est, en règle générale, celui du canton dans lequel l'assuré est domicilié au moment où il exerce son droit aux prestations. Le Conseil fédéral règle la compétence dans des cas spéciaux et institue un office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE). L'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance invalidité (RAI, RS 831.201) précise les compétences des offices AI cantonaux et de l'OAIE. Ce dernier est ainsi compétent pour enregistrer et examiner les demandes des assurés domiciliés à l'étranger, sous réserve de l'art. 40 al. 2 RAI, qui règle le cas particulier des demandes des frontaliers. L'art. 40 al. 2 RAI prévoit en effet que l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. Toutefois, il appartient à l'OAIE de notifier les décisions (art.

40 al. 2 RAI dernière phrase). L'art. 40 al. 3 RAI dispose encore que l'office AI compétent lors de l'enregistrement de la demande le demeure durant toute la procédure. Le Tribunal fédéral a confirmé cette compétence (arrêt du Tribunal fédéral I 19/05 du 29 juin 2005 consid. 2.6). En l'occurrence, le recourant était domicilié dans la zone frontière lors du dépôt de la demande et l'est toujours; en outre, il exerçait son activité en tant que frontalier au moment de l'atteinte à la santé. Dans ces circonstances, la décision litigieuse aurait dû être notifiée par l'OAIE et se trouve ainsi entachée d'un vice en raison de l'irrégularité de sa notification. Aux termes de la loi, une notification irrégulière ne doit entraîner aucun préjudice pour les parties (art. 38 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021] et art. 49 al. 3 de loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]); cette règle découle directement du principe de la bonne foi, lequel s'applique également au justiciable. Ainsi, le défaut de notification n'est susceptible d'entraîner des conséquences que dans la mesure où il a causé une erreur préjudiciable à son destinataire. D'ailleurs, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification, la protection des parties étant suffisamment réalisée lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité (YVES DONZALLAZ, Commentaire de la loi sur le Tribunal fédéral, Berne 2008, n. 1309 ss, notamment n. 1312). Or, tel est le cas en l'espèce, la compétence de l'OAIE quant à la notification de la décision entreprise et la compétence du Tribunal administratif fédéral pour connaître des recours interjetés contre les décisions de l'OAIE étant en outre clairement établies. Le Tribunal de céans constate dès lors que la notification irrégulière n'a causé aucun préjudice au recourant, celui-ci ne l'ayant d'ailleurs pas fait valoir, et estime qu'il est opportun d'entrer en matière sur la présente cause, dans la mesure également où elle est en l'état d'être jugée (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2909/2006 du 25 avril 2008 consid. 1).

E. 1.3

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA, pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Or, en vertu de l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA. Il sied de relever encore que les nouvelles règles de procédure sont en principe immédiatement et pleinement applicables dès leur entrée en vigueur, à défaut de dispositions transitoires contraires (arrêt du Tribunal fédéral I 231/06 du 24 mai 2006 consid. 3.1; ATF 130 V 560 consid. 3.1 et les références citées).

E. 1.4

Le recourant est particulièrement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA). Partant, il a qualité pour recourir. En outre, dans la mesure où il a été introduit dans le délai et la forme prescrits (art. 60 LPGA et art. 52 PA), le recours est recevable.

E. 2.1

L'Accord du 21 juin 1999 conclu entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1er juin 2002. A cette date

sont également entrés en vigueur son Annexe II, qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP), le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1er juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du Règlement (CEE) n° 1408/71), et enfin le Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). S'agissant en l'espèce d'un ressortissant suisse résidant en France, l'art. 80a LAI rend expressément applicables, dans la présente cause, l'ALCP et les Règlements (CEE) n° 1408/71 et (CEE) n° 574/72. Selon l'art. 3 du Règlement (CEE) n° 1408/71, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'Annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. L'Accord, en particulier son Annexe II, ne prévoyant pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi de prestations d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

E. 2.2

S'agissant du droit applicable, il convient encore de préciser, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2), que la présente cause est régie par la LAI et par son ordonnance d'exécution dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007. La décision litigieuse datant du 16 novembre 2006, les modifications introduites par la novelle du 6 octobre 2006 (5e révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (RO 2007 5129), ne sont pas prises en considération.

E. 3.1

En l'espèce, le recourant a présenté une première demande de prestations de l'assurance-invalidité suisse en mars 1996. Cette requête a été rejetée par décision de l'OAIE du 30 septembre 1999, décision entrée en force, au motif que le recourant ne présentait pas d'invalidité suffisante au sens de la loi suisse pour avoir droit à une rente, des mesures de réadaptation professionnelle n'étant par ailleurs pas indiquées, du moment que l'assuré avait décidé de continuer d'exercer son activité lucrative à plein temps. Le 1er juillet 2004, l'OCAI GE a reçu une nouvelle demande de rente AI présentée par le recourant et datée du 28 juin 2004, demande sur laquelle l'administration est entrée en matière et qu'elle a également rejetée par décision du 16 novembre 2006, au motif que nonobstant l'atteinte à la santé, le recourant conserverait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé. Dans cette mesure, son taux d'invalidité ne lui permettrait pas d'obtenir une rente de l'assurance-invalidité suisse. Quant aux mesures professionnelles ou de placement, elles ne pourraient être octroyées, n'étant pas de nature à réduire le dommage ou à favoriser la reprise d'un emploi. Le recourant a alors interjeté recours contre cette décision, soutenant principalement qu'il a droit à une rente entière, en raison de ses problèmes de santé et parce qu'aucune mesure professionnelle n'a été mise en place afin de lui permettre d'améliorer sa capacité de travail. Subsidiairement, il requiert l'octroi de mesures de réadaptation. Se fondant sur le rapport d'expertise du Dr H. _____ du 17 mars

2006, il conteste principalement l'évaluation effectuée par l'OCAI GE de son incapacité de travail et le calcul du degré d'invalidité qui en a découlé.

E. 3.2

Aux termes de l'art. 87 al. 3 et al. 4 RAI, applicable également, par analogie, aux prestations de réadaptation (ATF 130 V 64 consid. 2, ATF 109 V 119 consid. 3), lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits; de même, lorsqu'une prestation de réadaptation a été refusée, une nouvelle demande ne doit être examinée que si l'assuré rend plausible que la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande de rente et/ou de prestation de réadaptation, 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. Dans le cas contraire, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande et examine l'affaire au fond; elle vérifie ainsi que la modification du degré d'invalidité rendue, à son sens, plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Si l'administration constate que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 368 consid. 2 et les références citées). Il convient de préciser à cet égard que c'est la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une éventuelle modification du degré d'invalidité (ATF 133 V 108 consid. 5, en particulier consid. 5.4, ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, ATF 130 V 343 consid. 3.5). En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge. En effet, 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 (arrêt du Tribunal fédéral I 132/03 du 26 avril 2005 consid. 2, ATF 117 V 198 consid. 3a, ATF 109 V 108 consid. 2).

E. 3.3

En l'espèce, il s'avère que l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande du recourant et a constaté que l'invalidité de ce dernier s'était bel et bien modifiée depuis la décision du 30 septembre 1999; toutefois, elle a estimé que la modification constatée ne suffisait pas à fonder une invalidité donnant droit à des prestations, ce que le recourant conteste. En conséquence, le Tribunal de céans doit examiner, dans un premier temps, si l'invalidité du recourant a bien subi une modification, et ce, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 30 septembre 1999, dernière décision entrée en force ayant examiné matériellement le droit à la rente, et ceux qui ont existé jusqu'au 16 novembre 2006, date de la décision litigieuse. Si tel est le cas, il jugera, dans un deuxième

temps, si c'est à juste titre que l'OCAI GE a refusé au recourant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, ou, en d'autres termes, si effectivement le recourant ne peut plus exercer son activité habituelle de chauffeur-déménageur, mais conserve une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé, de sorte que sa perte de gain serait insuffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité, et, en outre, si les conditions donnant droit à des mesures de réadaptation ne sont véritablement pas remplies en l'espèce.

E. 4

Pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, le recourant doit remplir cumulativement les conditions suivantes: être invalide au sens de la LPGA/LAI et avoir versé des cotisations à l'AVS/AI durant une année au moins (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total et rempli, partant, la condition de la durée minimale de cotisations.

E. 5.1

Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

E. 5.2

Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, 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.

E. 5.3

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la let. a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la let. b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 121 V 264, ATF 111 V 21 consid. 2b). Le délai d'attente selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail de 20% (cf. chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 2/1998 p. 126 consid. 3c).

E. 5.4

L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de

l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1ter LAI - selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) - n'est plus applicable à l'assuré ressortissant suisse ou d'un pays membre de l'Union européenne qui a son domicile et sa résidence habituelle dans l'Union européenne.

E. 6.1

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue à l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28 al. 2 LAI, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode générale). Le Tribunal fédéral a précisé qu'il n'y pas lieu de poser des exigences excessives quant aux possibilités des assurés de trouver un emploi correspondant aux activités de substitution proposées. Il suffit en principe qu'une telle place de travail n'apparaisse pas à toute évidence comme exclue (arrêts du Tribunal fédéral 9C_446/2008 du 18 septembre 2008 et 9C_236/2008 du 4 août 2008).

E. 6.2

Il convient de relever que la notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c; Revue à l'attention des caisses de compensation [RCC] 1991 p. 329 consid. 1c).

E. 7.1

Conformément à la maxime inquisitoriale, l'autorité définit les faits pertinents et les preuves nécessaires, qu'elle ordonne et apprécie d'office (art. 12 PA; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.3). Elle ne tient pour existants que les faits qui sont dûment prouvés et applique le droit d'office. La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoriale (art. 43 LPGA), de sorte qu'il appartient à l'administration de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Pour pouvoir évaluer l'invalidité d'un assuré, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. L'art. 69 RAI prescrit à cet égard que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet

peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. En particulier, une expertise doit être mise en oeuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a). La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est également régie par la maxime inquisitoire. Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement; de même, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués, ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (art. 62 al. 4 PA; Pierre Moor, op. cit., vol. II, ch. 2.2.6.5).

E. 7.2

Il sied toutefois de préciser que les parties, particulièrement dans le domaine des assurances sociales, ont le devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire, ce qui les oblige à apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve. Ainsi, s'il appartient à l'autorité d'établir elle-même les faits pertinents dans la mesure où l'exige la correcte application de la loi, c'est avec le concours des parties intéressées qu'elle s'y emploie, celles-ci ayant l'obligation d'apporter toute preuve utile ou du moins tout élément de preuve propre à fonder ses allégations (art. 13 et art. 19 PA en relation avec art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 [PCF, RS 273]; ATF 117 V 261, ATF 116 V 23, ATF 115 V 133 consid. 8a et les références citées, ATF 114 Ia 114 p. 127).

E. 7.3

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2e éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

E. 8.1

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. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. Lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2; Pratique VSI 6/1998 p. 296 consid. 3b).

E. 8.2

Le juge des assurances sociales, quant à lui, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux

ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées).

E. 8.3

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références citées). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (arrêts du Tribunal fédéral 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 et les références citées et I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier, ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, ATF 123 V 175 consid. 3d, ATF 122 V 157 consid. 1d). Le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

E. 9.1

A la lecture des pièces médicales au dossier, il apparaît qu'à l'époque de la décision initiale de refus de prestations, le recourant souffrait de lombalgie chronique sur discopathie, diagnostic mentionné dans le rapport du 11 juin 1996 du Dr B._____, rhumatologue, qui concluait à une incompatibilité de l'état de santé de l'assuré avec la poursuite de son activité habituelle, l'exercice d'une activité adaptée pouvant être exigé. En outre, l'assuré se plaignait de problèmes d'articulation au niveau des épaules, de maux de tête et d'étourdissements, déclarant toutefois qu'il aimait son travail et qu'il avait le courage de poursuivre son activité, ne semblant pas intéressé par un reclassement. Ces éléments ont conduit l'administration à juger que A._____ ne présentait pas, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins, pendant une année, sans interruption notable, condition à la naissance du droit à la rente en cas d'affection de longue durée, et, en outre, que des mesures de réadaptation n'étaient pas indiquées, puisque l'assuré avait décidé de

continuer son activité lucrative à plein temps. La décision rejetant la demande de prestations, du 30 septembre 1999, n'a pas été contestée en son temps et est entrée en force.

E. 9.2

Lors de la nouvelle demande présentée par le recourant, l'administration a considéré qu'il s'était produit une modification des circonstances, mais pas dans une mesure propre à ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de cette nouvelle demande, de nouveaux rapports médicaux ont été produits, dont notamment celui du Dr B. _____, du 6 juillet 2004, et ceux versés au dossier de la Y. _____ Compagnie d'Assurances, qui font état principalement, sur le plan somatique, d'une lombalgie chronique, avec parfois une sciatalgie gauche, de discopathie et de douleurs d'épaules, le Dr J. _____ indiquant en outre, dans son certificat médical du 23 septembre 2003, que les problèmes dorsaux du recourant avaient empiré depuis le début de l'année 2003. Par ailleurs, apparaissent, dans la plupart de ces rapports, dont ceux du 21 juin et du 19 octobre 2004 du Dr E. _____, psychiatre du recourant et ceux des 9 octobre 2003 et 23 février 2004 des Drs K. _____ et L. _____, également psychiatres et mandatés par V. _____ Assurances, les diagnostics d'état dépressif, d'asthénie, de dépression d'épuisement ou de "Burn out" irréversible, de troubles de la personnalité ou encore de trouble somatoforme indifférencié. En outre, à l'exception du Dr D. _____ et du Dr J. _____, qui ne se sont pas prononcés à cet égard, tous les médecins consultés concluent à une incapacité de travail totale de l'assuré dans sa profession habituelle, des mesures professionnelles étant le plus souvent indiquées, le Dr C. _____ et le Dr J. _____ concluant quant à eux à une incapacité totale dans toute activité professionnelle, même adaptée, et le Dr E. _____ estimant que la reconversion professionnelle, théoriquement envisageable, ne peut être sérieusement présentée à l'assuré, la reconnaissance d'une invalidité à taux plein étant la seule mesure juste. Le Dr H. _____, expert mandaté par l'OCAI GE pour effectuer une expertise psychiatrique du recourant, vient confirmer, dans son rapport du 17 mars 2006, la présence de troubles de nature psychiatrique, constatant notamment un épisode dépressif majeur et diagnostiquant un trouble douloureux lié à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale. Il conclut à une incapacité de travail totale dans la profession habituelle, une capacité de travail de 50% étant envisageable dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré, après application de ses propositions thérapeutiques et en cas de réussite de mesures professionnelles, A. _____ s'étant déclaré, durant l'expertise, ouvert notamment à un stage auprès de l'office AI.

E. 9.3

L'autorité de céans relève à ce stade que si les avis exprimés par le corps médical durant l'instruction ayant précédé la décision entreprise diffèrent peu, au niveau somatique, de celui du Dr B. _____ émis à l'époque de la décision initiale, dénotant toutefois une péjoration de l'état physique de l'assuré, ils reconnaissent clairement l'existence de troubles psychiatriques, inconnus auparavant, révélant une modification, également dans le sens d'une aggravation, de l'état de santé du recourant. L'incapacité de ce dernier dans l'exercice de son activité habituelle n'a par ailleurs été contestée par aucun des médecins s'étant prononcés à ce sujet. De son côté, le SMR, notamment dans ses avis des 14 février 2005 et 17 mai 2006, a reconnu la présence de ces troubles psychiques, et bien qu'il ait jugé qu'ils n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité, il a néanmoins relevé l'aggravation de la situation de l'assuré au niveau somatique, considérant les diagnostics de lombalgies chroniques, sciatalgies et conflit sous-acromial comme atteintes principales à la santé et

estimant le recourant, ainsi que l'ont fait les médecins de ce dernier, incapable d'exercer son activité habituelle. Au vu de ce précède, il apparaît donc qu'un changement important des circonstances, dans le sens d'une aggravation de l'état de santé du recourant, propre à influencer son degré d'invalidité, et par conséquent son droit à des prestations de l'assurance-invalidité, s'est effectivement produit depuis la décision du 30 septembre 1999. C'est partant à juste titre que l'OCAI GE a considéré que la situation de l'assuré s'était aggravée et qu'il a entrepris d'examiner si ce changement suffisait à fonder une invalidité donnant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

E. 10

Il convient maintenant d'examiner si c'est également à juste titre que l'OCAI GE a jugé, dans la décision entreprise, que les circonstances ne s'étaient pas modifiées dans une mesure propre à ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Plus concrètement, il s'agit de déterminer si effectivement le recourant ne peut plus exercer son activité habituelle de chauffeur-déménageur, mais conserve une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé, de sorte que sa perte de gain serait insuffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité, et si les conditions donnant droit à des mesures de réadaptation ne sont véritablement pas remplies en l'espèce.

E. 10.1

Sur le plan somatique, on l'a vu (consid. 9.2), les avis exprimés par les médecins sont concordants. Leurs rapports à cet égard répondent, pour l'essentiel, aux exigences jurisprudentielles et sont convaincants; au demeurant, le recourant ne les conteste pas. Il est ainsi établi que A._____ souffre principalement de lombalgies chroniques, de discopathie et de douleurs d'épaules. En particulier le Dr B._____, rhumatologue, observe à cet égard, dans son rapport médical et ses annexes du 6 juillet 2004, que le recourant se trouve limité lorsqu'il s'agit d'incliner le buste, d'utiliser ses deux bras et mains, de lever, porter ou déplacer des charges, de se baisser, de faire des mouvements des membres ou du dos, de travailler en hauteur et sur une échelle et qu'il doit alterner des positions assis/debout toutes les quatre heures. La Dresse F._____, du SMR, partage cet avis dans son rapport du 17 mai 2006 et estime que l'état de santé du recourant impose des limitations dans les mouvements répétitifs des membres ou du dos, dans l'inclinaison du buste, dans le port de charges de plus de 10 kg et pour les travaux sur une échelle et en hauteur. Or, ainsi que cela ressort du dossier, le recourant exerçait la profession de chauffeur-déménageur, activité impliquant à l'évidence de lourdes tâches, en particulier le port régulier de charges conséquentes, incompatibles avec les limitations fonctionnelles décrites par les médecins. Il est clair dès lors que le recourant n'est plus apte à poursuivre son activité habituelle ou toute autre activité lourde ne tenant pas compte des limitations décrites ci-avant. Cela a d'ailleurs été reconnu tant par les médecins du recourant que par la Dresse F._____, du SMR, et par l'OCAI GE, tous déclarant le recourant incapable à 100% d'exercer son activité habituelle de chauffeur-déménageur.

E. 10.2

Si les affections somatiques du recourant et son incapacité totale dans son activité habituelle sont établies et font l'unanimité, les différents rapports médicaux versés au dossier s'avèrent divergents et quelque peu confus s'agissant des troubles psychiques dont pourrait souffrir l'assuré, de même que s'agissant des conséquences de ces troubles sur sa capacité de travail.

E. 10.2.1

Il convient de relever à ce propos que quatre psychiatres ont donné un avis dans la présente cause, l'un, le Dr E. _____, étant le psychiatre traitant de l'assuré, et les trois autres étant des experts mandatés par l'OCAI GE, s'agissant du Dr H. _____, et par V. _____ Assurances, s'agissant des Drs K. _____ et L. _____. Chacun d'entre eux a établi son rapport notamment sur la base d'un entretien avec A. _____, les Drs L. _____ et H. _____ ayant fourni les rapports les plus conséquents et documentés, tandis que le Dr E. _____ a l'avantage d'un contact suivi avec le recourant. Or, l'on constate dans un premier temps, à la lecture de ces rapports, que si deux des quatre psychiatres, à savoir les Drs H. _____ et L. _____, font état, dans leurs diagnostics, en particulier de trouble douloureux ou trouble somatoforme indifférencié, le Dr K. _____, pour sa part, mentionne un trouble affectif bipolaire et un épisode actuel de dépression moyenne avec syndrome somatique; le Dr E. _____, de son côté, ne fait référence à aucun de ces troubles et relève principalement une dépression d'épuisement ou "Burn out", toutefois irréversible de par le maintien de l'épine irritative physique. En outre, alors que les Drs H. _____, K. _____ et E. _____ diagnostiquent un épisode ou un état dépressif, le Dr L. _____, de son côté, constate l'absence de dépression. S'agissant dans un deuxième temps des conclusions des psychiatres quant à la capacité de travail du recourant, il sied de relever que si le Dr K. _____ conclut à une incapacité de travail totale, le taux d'incapacité futur étant indéterminé, le Dr L. _____, de son côté, déclare l'assuré capable d'exercer à 100% une activité adaptée sans port de charges lourdes. Quant au Dr E. _____ et au Dr H. _____, bien que leurs diagnostics diffèrent quelque peu, ils considèrent l'un comme l'autre que la réintégration de l'assuré dans l'activité habituelle est exclue. En outre, le premier, tout en concluant à une invalidité totale, juge que la reconversion professionnelle, après bilan de compétence et stage de formation, est théoriquement envisageable, en tenant compte de limitations telles que la faiblesse des acquis antérieurs, l'état de jachère intellectuelle de l'intéressé pendant trente ans et ses craintes à devoir maîtriser de nouveaux acquis; quant au second, il estime qu'après application de mesures thérapeutiques et réussite de mesures professionnelles, une capacité de 50% dans une activité adaptée serait envisageable, pour autant que cette activité soit manuelle, ne sollicite pas d'efforts de mémoire ou de concentration et puisse s'exercer sans contacts avec des collègues; il estime qu'il n'y a pas de limitation intellectuelle majeure chez l'intéressé. Force est ainsi de constater, à ce stade déjà, les divergences d'opinions des psychiatres consultés, rendant difficile l'émergence d'une conclusion claire.

E. 10.2.2

L'on peut retenir toutefois, parmi les avis des psychiatres, la prééminence du diagnostic de trouble somatoforme, dont font état en particulier les Drs L. _____ et H. _____, dont les rapports sont les plus détaillés et argumentés. Or, il apparaît d'emblée, là aussi, que les points de vue des deux médecins diffèrent. En effet, alors que le Dr L. _____, écartant le diagnostic de dépression dans son rapport du 23 février 2004, retient celui de trouble somatoforme indifférencié (code diagnostique CIM-10: F45.1), qui doit être envisagé devant des plaintes somatoformes multiples, variables dans le temps, persistantes, mais ne répondant pas au tableau clinique complet et typique d'une somatisation, et conclut à une pleine capacité dans une activité adaptée, ne relevant aucune autre limitation fonctionnelle que le port de charges lourdes, le Dr H. _____ arrive, lui, à la conclusion que le recourant souffre notamment d'un trouble dépressif majeur et d'un trouble somatoforme douloureux (code diagnostique CIM-10: F45.4), pour lequel le Tribunal fédéral a posé des critères permettant de déterminer s'il présente un caractère invalidant, critères tels que, en

particulier, l'état dépressif majeur, constitutif de comorbidité; sur cette base, l'expert considère qu'une capacité de 50% dans une activité adaptée serait envisageable sous conditions et pour autant qu'il soit tenu compte, outre des restrictions dues à l'état physique de l'assuré, de limitations fonctionnelles liées à ses troubles psychiques. A nouveau, il s'avère malaisé de tirer des divergences d'opinion des médecins une conclusion claire, tant sur l'état de santé du recourant que sur sa capacité de travail.

E. 10.2.3

On l'a vu, le juge ne s'écarte en principe pas, sans motifs impératifs, des conclusions d'une expertise médicale (consid. 8.3). Or, le Dr H. _____, sur mandat de l'OCAI GE et en qualité d'expert, a établi un rapport conséquent, documenté et motivé, qui, daté du 17 mars 2006, est également le plus récent versé au dossier. Bien qu'il diverge des autres rapports psychiatriques versés au dossier, il convient d'examiner s'il permet à l'autorité de céans de porter un jugement valable sur le présent cas.

E. 10.2.3.1

Les observations du Dr H. _____ l'ont amené à poser le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Or, le Tribunal fédéral a reconnu, à propos de cette affection, que s'il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1), certains facteurs, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir un tel effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65 consid. 4.2, ATF 131 V 49 consid. 1.2, ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 2.2.3, ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 n° U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence citée). En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (Pratique VSI 3/2000 p. 152 consid. 2c). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, telle qu'une 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, de 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, ou encore l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2).

E. 10.2.3.2

Reprenant, dans son rapport, les critères établis par le Tribunal fédéral, le Dr H. _____ a tenté de démontrer qu'ils étaient pour la plupart remplis. Ainsi, s'agissant de la comorbidité psychiatrique, l'expert relève en particulier la présence d'un trouble dépressif majeur, d'un trouble panique et d'un trouble de conversion, dont l'association aurait un caractère fortement handicapant, le trouble de la personnalité complexe étant un autre élément de comorbidité. Concernant les affections corporelles chroniques, le psychiatre rappelle que le dossier médical indique l'existence d'une discopathie, le rhumatologue reconnaissant une incapacité de travail dans la profession de camionneur-déménageur découlant de cette affection. L'assuré se trouverait en outre dans une situation de retrait social très marqué, que ce soit sur le plan amical, affectif ou familial. Quant à l'éventuelle cristallisation de son état psychique, le Dr H. _____ indique que l'assuré paraît inconscient des raisons réelles de sa décompensation et ne semble pas accessible à une élaboration psychologique de son vécu. Il indique également une concordance entre les douleurs décrites et les positions antalgiques notées en cours d'entretien, des douleurs bien précisées dans leur localisation et leur intensité, une manifestation spontanée de l'assuré s'agissant de la recherche de soins, dans les limites de sa compréhension de l'affection, une concordance entre les informations ressortant de l'anamnèse et celles fournies par l'assuré, ainsi qu'entre le handicap allégué et l'environnement psychosocial, et enfin pas de démonstrativité notable des plaintes. Le Dr H. _____ conclut de la manière suivante: «Nous pouvons reconnaître une incapacité de travail depuis le 21 mars 2003. L'incapacité de travail se maintient dans la profession de camionneur-déménageur, tant pour des raisons somatiques que psychiatriques. Dans une activité adaptée, après application des propositions thérapeutiques [...] et en cas de réussite des mesures professionnelles, une capacité de travail de 50% est envisageable. Il devrait s'agir d'une activité manuelle ne sollicitant pas des efforts de mémoire ou de concentration, à exercer sans contacts avec des collègues, de préférence l'après-midi».

E. 10.2.3.3

A la lecture de cette expertise, il y aurait tout lieu de conclure que le trouble somatoforme douloureux dont souffre le recourant est de caractère invalidant. Toutefois, les conclusions confuses de l'expert ne permettent pas d'en connaître véritablement l'impact sur la capacité de travail, du moins dans une activité adaptée, l'incapacité de l'assuré dans son activité habituelle ne faisant pour sa part aucun doute. En effet, lorsque le Dr H. _____ envisage, dans une activité adaptée, une capacité de travail à 50% sous réserve de la réalisation de conditions, il ne donne aucune indication qui permettrait de déterminer l'incapacité du recourant à l'heure actuelle, soit avant et sans la réalisation de ces conditions. Des contradictions affleurent également dans les conclusions de l'expert, qui, notamment, propose des mesures thérapeutiques comme condition à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, tout en notant dans son rapport un probable manque de compliance, motivant un diagnostic de non-observance du traitement, qui laisse douter de l'efficacité de telles mesures. Il ajoute par ailleurs que le suivi psychiatrique n'a pas permis de réelle rémission et que l'état de l'assuré n'a pas autorisé jusqu'à présent des mesures de réhabilitation; or l'on peut supposer que cet état pourrait s'améliorer justement par l'observance de mesures thérapeutiques.

E. 10.2.4

Le SMR, dans son rapport du 17 mai 2006 établi par la Dresse F. _____, ajoute à la confusion, puisque, tout en s'appuyant sur les observations du Dr H. _____, il conclut à l'opposé de l'expert, considérant en particulier que les diagnostics retenus dans le rapport

d'expertise psychiatrique ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité.

E. 10.2.4.1

Ainsi le SMR diffère-t-il du Dr H. _____ dans son appréciation de l'intensité de l'épisode dépressif, estimant qu'elle est légère et non moyenne, et dans celle du trouble somatoforme douloureux, considérant qu'il ne présente pas de caractère invalidant selon la jurisprudence, en l'absence notamment d'une comorbidité psychiatrique invalidante. De plus, le trouble de la personnalité, aux traits abandonniques-limite, narcissiques, paranoïaques et psychosomatiques, serait compatible avec une activité professionnelle et ne pourrait pas être incapacitant dans la mesure où, supposé être présent déjà à l'adolescence, il n'a pas empêché l'assuré de travailler. Quant aux difficultés relationnelles, elles intéresseraient tout au plus la sphère privée et ne seraient pas relatées au niveau professionnel. Il n'y aurait pas non plus de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, puisque l'assuré se fait accompagner par un ami pour l'expertise et est régulièrement invité par sa soeur et son frère, sa fille, tout en vivant en Angleterre, s'occupant des animaux domestiques de la maison. Il n'y aurait pas, en outre, d'état psychique cristallisé, état qui, sous-entendant une absence d'évolution possible sur le plan thérapeutique, serait contredit par les propositions thérapeutiques du Dr H. _____. Enfin, il n'y aurait pas d'échec au traitement, des anti-inflammatoires étant prescrits en réserve au plan rhumatologique, ni de troubles du sommeil dus à la douleur; au plan psychiatrique, il y aurait non-compliance, ce qui ne doit pas être confondu avec échec. Le SMR conclut donc à une incapacité de travail totale dans la profession de déménageur, en raison des troubles somatiques du recourant, et à une capacité totale dans une activité adaptée dès mars 2003. Force est dès lors d'observer, au vu de ce qui précède, non seulement le désaccord entre l'avis du SMR et celui du Dr H. _____ concernant le caractère invalidant des atteintes psychiques de l'assuré et sa capacité de travail, mais également les contradictions contenues dans le rapport de l'expert psychiatre, soulignées par le SMR dans son propre rapport. Par souci de complétude, il convient de relever encore que le SMR, en fin de rapport, recommande de vérifier l'existence d'une éventuelle expertise psychiatrique antérieure auprès de l'assurance perte de gain, assurance dont le dossier a été envoyé à l'OCAI GE le 18 juillet 2006 et qui contenait les rapports des Drs L. _____ et K. _____ des 9 octobre 2003 et 23 février 2004, discutés précédemment. Le SMR a eu l'occasion de se prononcer notamment sur l'expertise du Dr L. _____, en date du 25 juillet 2006, ainsi que cela est relaté dans le rapport de réadaptation professionnelle du 7 août 2006, et a indiqué que la situation était inchangée depuis son rapport du 17 mai 2006.

E. 10.2.4.2

Bien que le rapport du SMR du 17 mai 2006 mette en lumière les contradictions du rapport d'expertise du Dr H. _____, l'autorité de céans constate que celui-là n'est pas plus convaincant que celui-ci, étant succinct et peu motivé, se contentant pour l'essentiel d'affirmer le contraire des conclusions de l'expert; il convient de noter également que les médecins du SMR n'ont pas vu le recourant en personne, contrairement au Dr H. _____. On ne saurait dès lors suivre l'opinion du SMR, exprimée dans son rapport du 17 mai 2006, pas plus que celle du Dr H. _____, d'autant que le Tribunal fédéral, dans sa jurisprudence concernant les documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (consid. 8.3), note qu'il convient de poser des exigences sévères à l'appréciation de telles preuves, dans la mesure notamment où il ne peut être exclu que l'assureur, ou le juge des assurances sociales, statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de

celles-ci. Le Tribunal fédéral a encore précisé qu'une instruction complémentaire serait requise, s'il subsistait des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur.

E. 10.2.5

Il apparaît par conséquent que les rapports psychiatriques versés au dossier, dont la plupart ont d'ailleurs été produits ou requis par l'OCAI GE, par l'assureur perte de gain ou l'assureur-maladie du recourant, ne répondent pas aux exigences jurisprudentielles de par leurs divergences et contradictions, et ne permettent pas de porter un jugement valable sur la capacité de travail résiduelle du recourant. Or, il semble cependant que l'état de santé psychique de A. _____, qui prête à discussion, est susceptible d'influencer son droit à des prestations.

E. 10.3

La Cour est donc d'avis qu'en l'espèce, si l'on peut, sur la base de la documentation versée au dossier, constater une aggravation de l'état de santé du recourant et une incapacité totale de celui-ci, dès mars 2003, dans l'exercice de son activité habituelle de chauffeur-déménageur ou de toute autre activité lourde, qui ne tiendrait pas compte de ses limitations fonctionnelles d'ordre somatique, il n'est pas possible par contre de parvenir, avec un degré de vraisemblance prépondérant, à une conclusion quant à la capacité ou à l'incapacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à son état de santé et à la date du point de départ de l'éventuelle capacité ou incapacité, ni, partant, d'évaluer la perte de gain subie par le recourant. Dès lors, le Tribunal de céans n'est pas en mesure de se rallier aux conclusions de l'OCAI GE et de son service médical, ni à celles du recourant, lorsqu'il s'agit du degré d'invalidité de ce dernier et de son éventuel droit à une rente entière d'invalidité. En conséquence, s'agissant des conclusions principales du recourant, le recours doit être admis, en ce sens que la décision entreprise doit être annulée et la cause renvoyée à l'OCAI GE, afin que celui-ci procède à une instruction complémentaire propre à établir avec précision l'état de santé psychique de l'assuré, ses conséquences sur la capacité de travail et de gain, dans une activité adaptée, ainsi que la date à partir de laquelle cette éventuelle incapacité est intervenue (art. 61 PA). En particulier, une expertise psychiatrique claire et complète sera requise. Une nouvelle décision sera prise, notifiée au recourant par l'OAIE. Il n'y a pas lieu, dans cette mesure, d'examiner plus avant le degré d'invalidité de l'assuré, fixé dans la décision litigieuse, et la comparaison des revenus effectuée par l'OCAI GE, dont le recourant conteste les calculs.

E. 11

L'OCAI GE, dans la décision litigieuse du 16 novembre 2006, a rejeté la possibilité de mesures de réadaptation, au motif qu'elles ne seraient pas de nature à réduire le dommage ou à favoriser la reprise d'un emploi, et que A. _____ ne remplirait pas, de toute façon, les conditions d'octroi de telles mesures, ayant bénéficié de prestations de chômage en France. Le recourant sollicite ces mesures dans sa conclusion subsidiaire, faisant valoir notamment qu'il a perçu le RMI et non pas des prestations de chômage.

E. 11.1

S'agissant des conditions d'assurance ouvrant droit à des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité suisse, il convient de relever que le droit suisse exige, pour l'ouverture d'un tel droit, que la personne concernée soit assurée à l'assurance-invalidité suisse (art. 1b LAI). Or, à défaut d'exercer une activité en Suisse ou d'y résider, le recourant n'est plus

soumis à la législation suisse et n'est plus assuré au sens de la législation suisse de l'assurance-invalidité (art. 1b LAI en corrélation avec les art. 1a et 2 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10]). Toutefois, l'ALCP, entré en vigueur le 1er juin 2002, a introduit une clause de continuation d'assurance pour les rentes AI et pour les mesures de réadaptation (ATF 132 V 244 consid. 4.2 ss, ATF 132 V 53; Pratique VSI 4/2003 p. 230 ss, spéc. 233). Le point 9 de la Section A par. 1 let. o de l'Annexe II à l'ALCP sur la continuation de l'assurance à compter du jour de l'interruption du travail, modifié par décision du 15 juillet 2003 du Comité mixte UE-Suisse (RO 2004 1277), dispose en effet que «lorsqu'une personne qui exerçait en Suisse une activité lucrative salariée ou non salariée couvrant ses besoins vitaux a dû cesser son activité à la suite d'un accident ou d'une maladie et qu'elle n'est plus soumise à la législation suisse sur l'assurance invalidité, elle est considérée comme couverte par cette assurance pour l'octroi de mesures de réadaptation et durant toute la période pendant laquelle elle bénéficie de ces mesures, à condition qu'elle n'ait pas repris une nouvelle activité hors de Suisse». Cette règle vise à éviter que des travailleurs devenus invalides et quittant de ce fait la Suisse perdent le droit à des mesures de réadaptation en cessant d'être assurés à l'assurance-invalidité en raison de l'abandon de leur activité dans ce pays (ATF 132 V 244 consid. 6.3.1). Bien que le point 9 let. o par. 1 Section A de l'Annexe II à l'ALCP ne prévoient pas de limite temporelle à la prolongation de l'assurance pour l'octroi de mesures de réadaptation, celle-ci n'est par essence pas illimitée dans le temps. La couverture d'assurance prend fin, au plus tard, au moment où le cas est définitivement liquidé sous l'angle du droit de l'assurance-invalidité suisse par le versement d'une rente et que des mesures de réadaptation ne sont pas envisagées en parallèle ou que la réadaptation a été mise en oeuvre avec succès. Il en va de même quand l'intéressé reprend une activité lucrative hors de Suisse ou qu'il bénéficie des prestations de l'assurance-chômage de son Etat de résidence, prestations assimilées à la reprise d'une activité professionnelle dans ce même Etat (ATF 132 V 244 consid. 6.4.1, ATF 132 V 53 consid. 6.6). En l'espèce, il appert que le recourant n'a pas été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité. Il affirme également ne jamais avoir perçu de prestations de l'assurance-chômage française, mais avoir bénéficié du RMI, ainsi que l'atteste la Caisse d'Allocations Familiales de la Haute-Savoie, et ce qu'a également reconnu l'OCAI GE dans sa réponse du 15 juin 2007. Il y a donc lieu de considérer que les conditions d'assurance pour les mesures de réadaptation sont effectivement remplies par le recourant.

E. 11.2

Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. Selon l'al. 3 let. b de cette disposition, les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement) sont au nombre des mesures de réadaptation. L'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (art. 17 LAI). Tel n'est en principe pas le cas si l'assuré ne subit pas, même en l'absence d'une telle mesure de reclassement, une diminution de sa capacité de gain de l'ordre de 20% au moins (ATF 124 V 108 consid. 2b; Ulrich Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurich 1997, ad. art.

17). La perte de gain est calculée selon les mêmes principes que ceux appliqués lors de la détermination du degré d'invalidité dans le cas du droit à une rente (Pratique VSI 2/2000 p. 63; RCC 1984 p. 95). Selon l'art. 16 LPGa, la réadaptation est prioritaire par rapport à l'octroi de la rente, laquelle est versée dans la mesure où la réadaptation a échoué (ATF 126 V 241 consid. 5, ATF 108 V 210 consid. 1d). Aux termes de l'art. 10, 1^{ère} phrase LAI, les assurés ont droit aux mesures de réadaptation dès qu'elles sont indiquées en raison de leur âge et de leur état de santé. Le reclassement se définit comme la somme des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et adéquates pour procurer à l'assuré une possibilité de gain équivalant à peu près à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a et les références citées; Pratique VSI 1/2000 p. 25 consid. 2a et 2b; RCC 1992 p. 388, RCC 1988 p. 266; Michel Valterio, Droit et pratique de l'assurance-invalidité, Lausanne 1985, p. 136). Un reclassement n'est pas nécessité par l'invalidité notamment lorsque l'assuré est suffisamment réadapté et qu'il est possible qu'il prenne un emploi correspondant à ses aptitudes, sans formation supplémentaire (RCC 1963, p. 127).

E. 11.3

Une fois encore, force est de constater, en l'espèce, la confusion et le manque de clarté des positions, par ailleurs peu argumentées, des parties concernant la question de l'octroi de mesures de réadaptation. Si A. _____, dans son recours, sollicite de telles mesures, laissant entendre qu'il est prêt à entreprendre les démarches nécessaires à cet égard, ce dont fait également état le Dr H. _____ dans son rapport d'expertise du 17 mars 2006, il appert, à la lecture du rapport de réadaptation professionnelle du 7 août 2006 établi par l'OCAI GE, que le recourant estimait alors «ne plus être en mesure de se concentrer, de réfléchir dans une mesure suffisante pour envisager entreprendre une activité», autorisant ainsi le doute quant à sa motivation réelle pour des mesures professionnelles. Pour sa part, l'OCAI GE s'est fondé sur le rapport de réadaptation professionnelle du 7 août 2006, établi après un entretien unique avec A. _____; sans autres motifs que la déclaration de l'assuré sur son incapacité à reprendre une activité et celui, erroné, des conditions d'assurance que ne remplirait pas le recourant, l'administration a conclu que des mesures professionnelles ou de placement n'étaient pas de nature à réduire le dommage ou à favoriser la reprise d'un emploi et n'étaient donc pas justifiées. Or, il sied de noter que cela est contredit par la plupart des médecins s'étant prononcés à ce sujet, qui conseillent la mise en oeuvre de mesures professionnelles, susceptibles selon eux d'améliorer la capacité de travail du recourant.

E. 11.4

L'autorité de céans constate par conséquent que les éléments du dossier ne permettent pas de déterminer si des mesures professionnelles seraient envisageables, utiles ou nécessaires; en particulier, aucun stage d'évaluation n'a été effectué. Dès lors, la Cour ne saurait se rallier ni aux conclusions de l'OCAI GE, ni à celles du recourant, quant au droit à des mesures de réadaptation. Partant, le recours doit être admis s'agissant des conclusions subsidiaires de A. _____, en ce sens que la décision entreprise doit être annulée et la cause renvoyée à l'OCAI GE, à qui il appartiendra d'examiner à nouveau, une fois le degré d'invalidité de l'assuré établi, le droit de ce dernier à des mesures de réadaptation, en entreprenant toutes les démarches propres à établir clairement si ces mesures sont susceptibles d'améliorer la capacité résiduelle de gain du recourant, ainsi qu'à évaluer sa motivation et son aptitude (art. 61 PA). Une nouvelle décision sera prise, notifiée au recourant par l'OAIE.

E. 12

Selon la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et al. 2 PA). L'avance de frais de Fr. XXX.- versée par le recourant lui sera remboursée sur le compte bancaire qu'il aura désigné au Tribunal administratif fédéral. Vu l'issue du litige, il convient d'allouer une indemnité de dépens à la partie recourante de Fr. XXX.-, à charge de l'OCAI GE (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.