

GE_GERICHTE A/412/2008 vom 17. Februar 2009

GE Cour de justice, 2009-02-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_412_2008

FR: GE_GERICHTE A/412/2008 du 17 février 2009

IT: GE_GERICHTE A/412/2008 del 17 febbraio 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 17.02.2009
A/412/2008

A/412/2008 ATAS/166/2009 du 17.02.2009 (AI) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/412/2008 ATAS/166/2009 ARRÊT DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 2 du 17 février 2009 En la cause Monsieur D_____, domicilié à VERSOIX, mais comparant par Maître Maurizio LOCCIOLA en l'Étude de qui il élit domicile recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, sis 97, rue de Lyon, GENÈVE intimé EN FAIT Monsieur D_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1954, de nationalité portugaise, travaillait en qualité de nettoyeur au service de X_____ SA depuis le 6 juin 1988. Le 26 février 2004, il s'est trouvé en incapacité totale de travailler pour cause de pathologies rachidiennes et ostéo-articulaires multiples. À la demande de l'assureur-maladie, le docteur L_____, spécialiste en rhumatologie, a établi un rapport d'expertise en date du 17 janvier 2005. Au terme des examens approfondis auxquels il a procédé, ce praticien a notamment exposé ce qui suit. Un scanner de la colonne cervicale de l'assuré avait révélé une lésion intra-médullaire à la hauteur de C6-C7, diagnostiquée comme étant un cavernome, lequel avait été réséqué au cours d'une opération chirurgicale réalisée par le docteur M_____ le 3 mai 2004. Les douleurs dont l'assuré souffrait depuis trois ans s'étendaient du rachis cervical et dorsal au rachis lombaire, au membre supérieur gauche et aux membres inférieurs. Les diagnostics retenus comprenaient donc un status après exérèse du cavernome avec des séquelles neurologiques surtout sensibles, un tableau de douleurs diffuses probablement liées à une fibromyalgie ou à un syndrome somatoforme douloureux, à quoi s'ajoutaient un syndrome du canal carpien bilatéral et un état dépressif probable. En conclusion, la capacité de travail de l'assuré était alors nulle du point de vue somatique, une capacité de travail de 50% dans l'activité exercée antérieurement, sans espoir d'augmentation à brève échéance, étant toutefois envisageable en fonction des résultats d'une évaluation par un psychiatre notamment. Le 12 février 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (OCAI) en vue de l'obtention d'une rente. Dans un rapport médical établi le 16 mai 2005, le docteur N_____, médecin-traitant de l'assuré, a diagnostiqué les troubles suivants comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de celui-ci : cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervico-dorso-lombaire et sur protrusions discales C3-C4, C6-C7, cervico-brachialgies aiguës gauches, tendinopathie à l'épaule gauche, syndrome du tunnel carpien bilatéral et status post-laminectomie pour résection du cavernome intra-médullaire C6-C7. En conclusion, la capacité de travail de l'assuré était alors nulle. À la demande de l'assureur-maladie, le docteur O_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport d'expertise le 7 septembre 2005, dans

lequel il retenait, selon la CIM-10, les diagnostics suivants : épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.01), syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques ou sociales (F68.0). En substance, l'expert a exposé que l'assuré, qui présentait une boiterie de la jambe gauche, se plaignait de la persistance de douleurs qu'il attribuait au mauvais déroulement de l'intervention chirurgicale. Au cours de l'entretien, l'assuré n'avait aucunement adopté une attitude théâtrale, mais le hasard avait voulu qu'il soit aperçu marchant normalement peu après avoir quitté la pièce de consultation en boitant. Sur le plan psychique, l'assuré, qui présentait des traits de personnalité dépendante, faisait un déni massif de « tout son monde émotionnel », de sorte qu'il était impossible de faire, avec lui, un lien entre sa souffrance relationnelle et la potentialisation de ses douleurs postopératoires. Au vu, notamment, de la passivité du recourant face à son état tant physique que psychique, l'expert concluait que son patient ne présentait pas, de ce dernier point de vue, d'incapacité de travail et qu'une prise en charge psychothérapeutique ne lui serait nullement profitable. Le 5 décembre 2005, l'OCAI a confié un mandat d'expertise au docteur P _____, spécialiste en rhumatologie. Sur la base des nombreux examens pratiqués le 16 mars 2006, du dossier constitué par l'OCAI et du dossier radiologique de l'assuré, l'expert a dressé un rapport le 20 mars suivant, dont la teneur est en substance la suivante. L'assuré présentait un syndrome cervico-lombo-vertébral chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire dans le contexte d'un status postopératoire et de troubles dégénératifs lombaires modérés. Le status surprenait par la présence d'une anesthésie subjective de tout l'hémicorps droit avec, cependant, douleur lors de la palpation des points de fibromyalgie tant à droite qu'à gauche, ainsi qu'une boiterie droite atypique avec, au status neurologique, absence de trouble moteur. Bien que le docteur M _____ ait estimé que l'évolution postopératoire était plus que satisfaisante, il était difficile d'exclure formellement une cause séquellaire de l'extraction du cavernome ; cependant, au vu du caractère fluctuant des réponses, une origine fonctionnelle entrait nettement dans le diagnostic différentiel. Le bilan radiologique, suite à l'IRM réalisée le 28 février 2006, était rassurant. L'imagerie démontrait en effet une parfaite définition du cordon médullaire cervical, dont la morphologie était totalement normale. L'assuré présentait cependant des signes de non-organicité selon Waddell, des points de fibromyalgie évoquant la présence d'une diminution du seuil de tolérance à la douleur et d'un syndrome d'amplification de la douleur qui était à insérer dans un contexte psycho-socio-familial chargé, ainsi que plusieurs signes parlant en faveur d'un syndrome anxio-dépressif. Les éléments objectifs et radiologiques ne permettaient pas à eux seuls d'expliquer l'ensemble de la symptomatologie douloureuse selon un modèle biomédical standard. La discordance entre les plaintes de l'assuré, l'examen clinique et le bilan radiologique était frappante. De plus, signe indirect d'une diminution de l'utilisation des membres supérieurs et inférieurs, aucune amyotrophie n'avait été constatée. Sur le plan de l'approche thérapeutique, l'assuré n'avait pas bénéficié d'une prise en charge physiothérapeutique depuis janvier 2005, de sorte qu'il semblait opportun qu'il puisse bénéficier d'une prise en charge en thérapie manuelle avec mobilisation segmentaire, douce, progressive, à sec et en piscine, ainsi que de la poursuite d'une médication antidépressive à visée antalgique dans le but d'augmenter le seuil de tolérance à la douleur. L'assuré disposait, du point de vue strictement rhumatologique, d'une capacité de travail de 70% dans son ancienne activité de nettoyeur. Une fois la prise en charge physiothérapeutique bien conduite, avec poursuite de la prise en charge psychothérapeutique initiée en octobre 2005 et de la médication antidépressive, le taux

d'activité de l'assuré pourrait médico-théoriquement être évaluée à 90% ou davantage dans un délai de trois mois. Dans une activité adaptée aux limitations constatées cependant, sa capacité de travail devait être totale dès le mois d'octobre 2005 déjà. En charge de l'assuré depuis le 30 août 2005, le docteur Q _____, spécialiste en psychiatrie, a établi un rapport médical le 7 juillet 2006, dont il ressort notamment qu'au terme d'une récente consultation, ce praticien avait, outre un trouble de la personnalité (dépendance), diagnostiqué un épisode dépressif léger (F32.0) et un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4), et conclu à l'existence d'une incapacité de travail de 40% due à l'état de santé de l'intéressé, à l'exclusion de facteurs socioculturels ou conjoncturels (notamment familiaux). Dans un rapport établi le 27 octobre 2006, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a, sur la base de l'expertise du docteur P _____ et du rapport du docteur N _____, retenu que l'atteinte principale à la santé du recourant consistait en un syndrome cervico-lombo-vertébral chronique sur troubles dégénératifs modérés et un status après opération d'un cavernome médullaire C6-C7. L'assuré s'était trouvé en incapacité totale de travailler du 26 février 2004 au mois d'octobre 2005, incapacité limitée à 30% dès novembre suivant dans son activité antérieure, et nulle dans une activité adaptée. À l'appui de ses conclusions, le SMR faisait notamment valoir que seules les limitations fonctionnelles observées objectivement par le docteur P _____ devaient être prises en considération, dès lors que le docteur O _____ avait pour sa part considéré que l'épisode dépressif léger sans syndrome somatique, le syndrome douloureux somatoforme persistant et la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques n'entraînaient pas d'incapacité de travail. Le 3 novembre 2006, l'OCAI a procédé à une évaluation du degré de l'invalidité de l'assuré. En tenant compte d'une réduction de 10% du salaire normal pour une activité exigible en raison de l'âge de l'intéressé, l'OCAI a établi à 20% le degré d'invalidité de celui-ci. Considérant que si une déduction spécifique, pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré, avait été opérée dans le cadre de l'estimation de sa capacité résiduelle de travail par la prise en considération d'une baisse de rendement, ce facteur n'était pas à retenir une seconde fois, l'OCAI a, en date du 23 juillet 2007, calculé le degré d'invalidité du recourant sans appliquer la réduction de 10% opérée précédemment ; le degré d'invalidité a dès lors été fixé à 13%. Par décision du 9 janvier 2008, l'OCAI a, sur la base des considérations qui précèdent, octroyé une rente entière simple d'invalidité au recourant, limitée à la période s'étendant du 1^{er} février au 31 octobre 2005, et rejeté sa demande pour le surplus. Par mémoire du 12 février 2008, l'assuré a interjeté recours contre ladite décision. Il conclut, avec suite de dépens, à ce que celle-ci soit annulée et à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée à compter du 1^{er} février 2005, sans limitation dans le temps. À titre préalable, le recourant a sollicité un délai pour compléter son recours. À l'appui de ses conclusions, il fait en substance valoir que, contrairement à ce qui figure dans le rapport du docteur P _____, il ne présente pas une capacité de travail de 70% dans son activité de nettoyeur, ni de 100% dans une activité adaptée. Les renseignements sollicités auprès d'un médecin rhumatologue, mais pas encore obtenus, devaient confirmer ce point. Par lettre du 18 février 2008 adressée au recourant, le Tribunal de céans lui a accordé un délai échéant le 14 mars suivant pour compléter ses écritures. Cette invitation n'ayant pas été suivie d'effet, il a octroyé un délai reporté au 19 mai 2008 à l'intimé pour lui faire parvenir sa réponse. Par acte adressé au Tribunal de céans le 19 mai 2008 et complété le surlendemain, l'intimé a conclu à l'existence du droit du recourant à une rente entière jusqu'au 31 janvier 2006 et au rejet du recours pour le surplus. À l'appui de ses conclusions, l'OCAI se réfère à la

motivation contenue dans sa décision du 9 janvier 2008 ; il précise cependant que, l'amélioration de l'état de santé du recourant ayant été établie à compter du 1^{er} novembre 2005, le respect du délai réglementaire de trois mois reportait l'échéance du droit aux prestations au 31 janvier 2006. Pour le surplus, il relève que le recourant s'était présenté en ses locaux le 6 mai 2008, pour lui faire part de deux erreurs qu'il avait constatées dans le rapport d'expertise que le docteur P_____ avait établi le 20 mars 2006. L'une concernait l'adresse de son domicile et l'autre les indications fournies au chapitre des antécédents familiaux. Annexée à ses écritures, l'OCAI a produit copie d'un rectificatif du rapport d'expertise du 20 mars 2006, établi par le docteur P_____ le 7 mai 2008. Aux dires de ce médecin, les « erreurs de secrétariat » constatées par le recourant (adresse et antécédents familiaux) pouvaient s'expliquer par le fait qu'il avait, à cette époque, réalisé différentes expertises avec des noms similaires voire identiques pour différents offices AI de différents cantons ; il y avait probablement eu une confusion, et certaines erreurs lui avaient échappé. Le fond et les conclusions de l'expertise correspondaient cependant bien à l'examen effectué sur la personne du recourant, de sorte que les conclusions du rapport conservaient toute leur valeur. Par lettre du 22 mai 2008, le Tribunal de céans a notamment demandé au docteur N_____ si les mesures préconisées par l'expert dans son rapport du 20 mars 2006 avaient été mises en œuvre et, dans l'affirmative, avec quels résultats. Le 27 mai 2008, le docteur N_____ a répondu ce qui suit : le recourant souffrait principalement de rachialgies sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervico-dorso-lombaire et d'un état anxio-dépressif ; depuis le 7 décembre 2004 environ, il avait bénéficié de traitements médicamenteux et de nombreuses séances de physiothérapie à sec et en piscine ; des améliorations transitoires avaient été constatées sur le plan clinique, mais des douleurs au niveau du rachis cervico-dorso-lombaires et au niveau des articulations persistaient ; depuis le 30 août 2005, il était suivi régulièrement par le docteur Q_____ et se soumettait à un traitement antidépresseur, lequel était associé à un traitement à visée antalgique administré par le docteur L_____. Interpellé par le Tribunal, le SMR a, par lettre adressée le 26 juin 2008, déclaré considérer qu'une expertise psychiatrique, voire bi-disciplinaire, ne se justifiait pas. Il faisait notamment valoir que rien, dans les éléments fournis par les médecins, ne laissait à penser que le recourant présentait une atteinte psychique invalidante, dès lors que les éléments nécessaires à l'évaluation du trouble somatoforme douloureux diagnostiqué avaient été recueillis et que les éléments psychiques retenus par le docteur Q_____ avaient été confirmés lors d'une expertise effectuée à la demande de l'assurance perte de gain. Pour le surplus, les troubles somatiques retenus l'avaient été sur la base des conclusions formulées au moment de l'expertise et non de conclusions qui auraient pu prévaloir au terme d'un traitement bien conduit. Dans un rapport établi le 28 août 2008 à la demande du recourant, le docteur L_____, spécialiste en rhumatologie consulté depuis le 31 juillet précédent, a diagnostiqué une épicondylite gauche chronique et des cervico-dorso-lombalgies chroniques suite à la résection d'un cavernome intra-médullaire en C6-C7, et conclu à une incapacité totale de travailler dans toute activité. D'accord avec les diagnostics posés par le docteur P_____, il était d'avis que le recourant n'était plus en mesure d'exercer une activité dans le domaine du nettoyage et, par extension, dans toutes activités dans les domaines de la construction, de l'hôtellerie ou de la restauration. Pour le surplus, compte tenu du fait que l'expert rhumatologue avait confondu l'assuré avec un autre patient, la « qualité » de son rapport d'expertise était douteuse. Au vu de ce qui précède, le recourant a, par lettre adressée au Tribunal le 10 septembre suivant, demandé que le rapport du docteur

P_____ soit écarté de la procédure, au motif que la confusion que ce médecin avait fort honnêtement reconnue laissait planer un doute important sur son exactitude ; les erreurs constatées pouvaient être à l'origine des divergences entre ce praticien et l'appréciation du docteur Bertrand L_____. Le recourant a dès lors sollicité que soient ordonnées une expertise rhumatologique et une expertise psychiatrique. À l'audience de comparution personnelle des parties du 28 octobre 2008, le recourant a déclaré qu'il ne s'était pas inscrit au chômage en raison du fait qu'il était incapable de travailler. Souffrant des vertèbres cervicales et de la jambe gauche, il avait de la peine à marcher et ne pouvait pas conduire. Pour le surplus, il était suivi par le docteur Q_____ depuis plusieurs années. Par ordonnance rendue au terme de l'audience, le Tribunal lui a imparté un délai, reporté par la suite au 19 décembre 2008, pour produire un rapport médical circonstancié de ce médecin, relativement aux éléments diagnostiques du trouble somatoforme douloureux. Dans un rapport médical établi le 6 décembre 2008, le docteur Q_____ a diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux persistant et un épisode dépressif léger, et estimé à 40% le taux de l'incapacité durable de travailler depuis le 26 février 2004. À l'appui de ses conclusions, le praticien fait notamment état de ce qui suit. Depuis le 30 août 2005, le recourant s'était présenté six fois en 2005, dix-sept fois en 2006 et 2007 et six fois en 2008 à sa consultation. En mai 2004, il avait été opéré d'un cavernome cervical et souffrait depuis lors de douleurs aux épaules et à la colonne cervicale, de douleurs aux jambes avec fourmillements, de maux de tête, de vertiges et de tristesse. Son côté gauche se révélait parfois endormi et son pied gauche froid. Sur le plan psychique, des cinq critères qui empêchent généralement une personne de fournir un effort de volonté raisonnablement exigible lors d'un trouble somatoforme douloureux persistant, le processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable était présent chez le recourant. Il ne suivait pas de traitement médicamenteux pour ses problèmes psychiques, et prenait occasionnellement soit des calmants, soit des somnifères ; par le passé, il s'était vu prescrire successivement du Remeron et du Cipralex. Sur le vu de ce rapport, le recourant a, par lettre adressée au Tribunal le 19 décembre 2008, persisté à contester le rapport d'expertise du docteur P_____. Il a en outre sollicité l'audition des docteurs L_____ et Q_____ et requis l'ordonnance d'une expertise rhumatologique. Par lettres adressées le 22 décembre 2008, le Tribunal a informé les parties que la cause était gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 er let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. Conformément à l'art. 60 al. 1 er LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 124 V 402 consid. 2a). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration adressée par courrier ordinaire, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 124 V 402 consid. 2b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire

de l'envoi (ATF non publié du 5 mai 2008, 8C_621/2007, consid. 4.2). Dans le cas d'espèce, la décision du 9 janvier 2008 ayant été adressée par pli simple et notifiée au recourant à des dates que l'intimé n'a pas été en mesure de préciser, le recours déposé à l'office postal le 12 février 2008 devra donc, au vu de ce qui précède, être déclaré recevable. Le litige porte sur le droit du recourant au versement d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2005. En cours de procédure, l'OCAI a reconnu que, contrairement à ce qui figurait dans sa décision du 9 janvier 2008, le droit du recourant au versement de la rente avait pris fin le 31 janvier 2006. Il lui en sera, cas échéant, donné acte. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF non publiés au Recueil officiel des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06), lequel dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. À cet égard, l'art. 88 a al. 1^{er} du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), précise notamment que si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1^{er} LPGA et 4 al. 1^{er} LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). Relevons d'ores et déjà que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 460 consid. 4.2, 123 V 230 consid. 3c et les références citées), codifié depuis le 1^{er} janvier 2008 aux art. 7 et suivants LAI. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur

intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, 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), de 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 l'intéressé (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77). Dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques – plaintes douloureuses diffuses – sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. En conséquence, il convient également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49). Enfin, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F]*, 4 e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive qui ne doit pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine). 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. 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 256 consid. 4, 115 V 134 consid. 2). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante

d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). D'autre part, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). Enfin, il convient de ne pas perdre de vue qu'au regard de l'art. 17 al. 1^{er} LPGA, le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2) ; selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). En l'espèce, les avis médicaux des médecins rhumatologues, les docteur L_____, P_____ et L_____, comme ceux des médecins psychiatres, les docteurs O_____ et Q_____, diffèrent quant aux conclusions auxquelles ils aboutissent, de sorte qu'il convient d'en examiner les mérites respectifs. Sur le plan somatique, l'expertise conduite par le docteur L_____ se fonde sur des examens cliniques étendus, sur une anamnèse complète, les plaintes exprimées par l'assuré lors de la consultation étant prises en considération, et sur une description précise des interférences médicales, de sorte que le diagnostic posé, qui comprend un status après exérèse du cavernome avec des séquelles neurologiques sensibles, un tableau de douleurs diffuses probablement liées à une fibromyalgie ou à un syndrome somatoforme douloureux, un syndrome du canal carpien bilatéral et un état dépressif probable, est cohérent et digne de foi. S'agissant des conclusions que l'expert tire de ce diagnostic, il sied de retenir qu'en janvier 2005, il évaluait à 50% le taux de la capacité de travail probable du recourant dans l'activité que celui-ci exerçait antérieurement, l'incapacité d'exercer toute activité étant cependant encore totale. Sur le plan formel, le rapport d'expertise rédigé le 20 mars 2006 par le docteur P_____ ne prête pas davantage le flanc à la critique. Certes, il apparaît que l'adresse mentionnée ne correspond pas à celle du recourant et que les indications fournies au chapitre de ses

antécédents familiaux sont manifestement erronés. Il n'en demeure pas moins que le rapport réunit indubitablement les résultats de l'expertise réalisée quatre jours plus tôt sur la personne de l'intéressé ; pour s'en convaincre, il suffit de relever que les éléments qui entourent les erreurs constatées (la date du mandat du SMR et les antécédents personnels par exemple), tout comme les antécédents familiaux qui figurent en tête de la section « Situation socioprofessionnelle », se rapportent au recourant, et qu'il en va de même de l'abondante anamnèse et de toutes les indications subjectives recueillies par le praticien. En d'autres termes, il ne fait aucun doute que les erreurs relevées à juste titre par le recourant sont le fruit d'une inattention ponctuelle du médecin et non d'une confusion avec, par exemple, le dossier d'un autre patient. Pour ce qui est des diagnostics et de l'appréciation détaillée du cas, qui contiennent notamment de nombreuses références aux gestes thérapeutiques effectués jusque là, il s'impose également de considérer qu'ils ont pour seul objet l'examen de l'état de santé du recourant. Le réexamen, le 7 mai 2008, de son rapport par l'expert a confirmé, si besoin était, cette appréciation. Les conclusions dudit rapport, selon lesquels l'assuré disposait, en mars 2006, d'une capacité de travail de 70% dans l'activité exercée antérieurement et, dès le courant du mois d'octobre 2005, d'une capacité totale d'exercer une activité adaptée aux limitations constatées, ont été établies à satisfaction de droit et doivent par conséquent se voir attribuer une pleine valeur probante. Tel n'est en revanche pas le cas du rapport médical établi par le docteur L_____ le 28 août 2008. Ce praticien, qui reconnaissait alors n'être consulté par le recourant que depuis un mois et n'avoir pas fait d'examen complémentaire, n'explicite pas en quoi les constatations objectives et subjectives recueillies devraient avoir pour conséquences une incapacité totale de travailler. Au demeurant, il se borne à affirmer qu'une activité dans les domaines de la construction, de l'hôtellerie ou de la restauration ne saurait être exigée du recourant, et les motifs pour lesquels il en conclut que l'incapacité de travail est totale dans toute activité n'apparaissent pas. En conséquence, il convient d'accorder une faible valeur probante à son rapport médical. L'on relèvera encore que le docteur L_____ ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant telle qu'elle pouvait être établie au moment de sa prise de décision par l'OCAI, mais sur l'état de cette capacité au moment de sa consultation, huit mois plus tard ; en vertu des principes rappelés plus haut, une éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant postérieurement à la reddition de la décision litigieuse ne saurait être examinée dans le cadre de la présente procédure. Pour le surplus, le docteur L_____ n'expose pas, sur la base de constatations médicales objectives, pour quelles raisons la « qualité » du rapport d'expertise du docteur P_____ devrait être considérée comme douteuse. Sur le plan psychique, le rapport d'expertise du docteur O_____ a été établi à satisfaction de droit. En particulier, ce praticien a procédé à un examen objectif de la situation personnelle et médicale du recourant, il a rapporté les constatations qu'il avait faites de façon neutre et circonstanciée, et les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales pertinentes. D'un point de vue formel, le rapport d'expertise suit une structure logique qui permet au lecteur de comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis ainsi exprimé. Il convient par conséquent de lui attribuer pleine valeur probante. Tel ne saurait être le cas pour les rapports établis par le docteur Q_____. Ce psychiatre établit par exemple que, de tous les critères qui permettent ordinairement de considérer que l'on ne saurait exiger un effort de volonté suffisant de la part de l'intéressé, le recourant n'en remplit qu'un seul, à savoir la présence d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable. Mais on chercherait en vain une explication qui permettrait

de lier ce constat, auquel s'ajoute l'absence de toute comorbidité psychiatrique, l'absence d'affections corporelles chroniques et l'absence de perte d'intégration sociale notamment, avec le taux d'incapacité de travail estimé à 40% depuis le 26 février 2004. Autrement dit, les éléments fournis au chapitre de l'influence des troubles psychiques sur la capacité de travail du recourant sont sans valeur explicative. Le docteur Q_____ ne se prononce pas non plus sur la question de savoir si les troubles psychiques sont dépendants ou non des troubles physiques constatés, et il expose, sans en tirer de conséquences, que le recourant n'est plus soumis à un traitement antidépresseur. Dans ces conditions, l'on ne saurait attribuer qu'une valeur probante limitée à ses rapports médicaux. En conclusion, il apparaît que c'est à bon droit que l'intimé a privilégié les rapports d'expertises des docteurs P_____ et O_____ pour fonder sa décision, auxquels il conviendra, si nécessaire, d'ajouter le rapport d'expertise du docteur L_____. Cela étant, la demande d'instruction complémentaire par le biais d'une nouvelle expertise ou de l'audition de témoins doit être écartée. Il apparaît en effet que les preuves fournies par les parties et par les investigations auxquelles le Tribunal de céans s'est livré d'office présentent un degré de vraisemblance prépondérante tel que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier son appréciation ; il est par conséquent superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c ; voir aussi l'arrêt publié in SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b pour la compatibilité de l'appréciation anticipée des preuves avec le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst.). Reste à examiner le droit du recourant au versement d'une rente d'invalidité. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Selon l'art. 29 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPG, 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et 28 al. 1^{er} LAI depuis le 1^{er} janvier 2008). Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est donc 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 ; c'est également le sens du nouvel art. 7 al. 2 LPG). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). La mesure dans laquelle les

salaires ressortant des statistiques doivent ensuite être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06). Enfin, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser, dans un arrêt du 19 décembre 2003 (ATF 130 V 121, consid. 3.2), que le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En l'espèce, ainsi que cela ressort des expertises dont il convient de tenir compte, la capacité de travail du recourant était nulle dès le 26 février 2004. En janvier 2005, l'espoir de voir, à moyenne échéance, cette capacité dépasser 50% dans l'activité exercée antérieurement était mince. En mai 2005, l'état de santé du recourant était encore jugé tel que son incapacité de travail était totale. En mars 2006, la capacité de travail du recourant était estimée à 70% dans l'activité exercée antérieurement, et à 100% depuis octobre 2005 dans une activité adaptée à ses limitations. Dès lors que son incapacité de gain était entière depuis une année, le droit du recourant au versement d'une rente s'est ouvert en février 2005. Pour ce qui est de son droit au-delà du mois d'octobre 2005, il convient d'examiner les effets de l'amélioration de son état de santé sur le taux de son invalidité. Le revenu auquel il pouvait prétendre compte tenu des limitations qui l'affligent (revenu d'invalidité) s'établit, conformément aux principes rappelés plus haut, de la manière suivante. Le salaire auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé était de 4'588 fr. par mois en 2004 (tableau TA1, niveau de qualification 4), soit 4'627 fr. 50 en 2005 en raison de l'évolution des salaires nominaux (indice 2004 : 1'975 ; indice 2005 : 1'992). Ce salaire hypothétique tient compte d'un large éventail d'activités légères existant sur le marché du travail, qui ne nécessitent pas de formation particulière, dont un nombre suffisant intègre les limitations fonctionnelles du recourant, et représente, étant donné que les salaires bruts standardisés sont fondés sur un horaire de travail de quarante heures par semaine, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2005 (41.6 heures), un revenu de 4'812 fr. 60 par mois ($4'627.50 \times 41.6 \div 40$), ou 57'751 fr. 20 par année ($4'812.60 \times 12$). Se pose ensuite la question de savoir si, du revenu d'invalidité ainsi déterminé, il convient d'appliquer la déduction que la jurisprudence constante admet pour tenir compte des particularités individuelles et, dans l'affirmative, dans quelle mesure. À cet égard, l'attestation établie par X_____ SA le 8 mars 2005 montre que le recourant, qui travaillait au service de son ancien employeur depuis plus de quinze ans, aurait bénéficié d'avantages liés notamment à la longueur des rapports de travail, tels qu'une gratification ou une prime de fidélité, dont il convient de tenir compte. La pratique montre d'autre part que le salaire moyen des travailleurs étrangers affectés à des tâches simples et répétitives peut être, de ce fait, supérieur à la moyenne (cf. ATFA non publiés des 30 août 1999, I 193/99, 30 mars 1999, I 140/97, et 6 octobre 1998, I 39/98), de sorte que l'on ne saurait considérer que le recourant

est nécessairement désavantagé par sa nationalité portugaise. En revanche, âgé aujourd'hui de cinquante-cinq ans, il peut certes faire valoir de nombreuses années d'expérience, mais il ne faut pas perdre de vue qu'il exerçait une activité qui est désormais partiellement proscrite, et que l'éventail des travaux légers qu'il peut réaliser, un peu moins large que celui d'un travailleur parfaitement apte, a pour conséquence qu'il doit, de ce fait, vraisemblablement compter avec un salaire légèrement inférieur à la moyenne (cf. ATFA du 28 juillet 1999, publié in VSI 1999 p. 246). Enfin, outre les limitations constatées, le recourant était en bonne santé et capable de travailler à plein temps, de sorte qu'il n'aurait pas eu à subir les conséquences, pour les hommes, de l'exercice d'une profession à temps partiel. Partant, il se justifie de considérer que le recourant était en mesure d'exploiter pleinement sa capacité résiduelle de travail, avec toutefois des chances de gain inférieures de 10% à la moyenne au regard des circonstances qui lui étaient particulières. Il convient par conséquent de retenir qu'il était en mesure de générer un revenu d'invalidité de 51'976 fr. 10 dès le mois d'octobre 2005 (90% de 57'751.20). Selon l'attestation du 8 mars 2005 toujours, le recourant aurait pu, sans invalidité, prétendre à la même époque au versement d'un salaire annuel brut de 66'560 fr. 40 (64'589 fr. en 2002 ; indice 2002 : 1'933). Il résulte, de la comparaison des revenus ainsi déterminés, un taux d'invalidité de 21.91% $([66'560.40 - 51'976.10] \div 66'560.40 \times 100)$, arrondi à 22%, à compter du mois d'octobre 2005. En application de l'art. 88 a RAI cité plus haut, le droit au versement de la rente a pris fin trois mois plus tard, soit le 31 janvier 2006, ainsi que l'OCAI l'a par la suite fait valoir à juste titre. En conséquence, la décision du 9 janvier 2008 doit être annulée et le recours admis dans cette mesure restreinte. Enfin, il sera perçu un émolument de 200 fr. en application de l'art. 69 al. 1 bis LAI, mis en œuvre par l'art. 89H al. 4 LPA. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet très partiellement, en ce sens que le droit à la rente d'invalidité prend fin le 31 janvier 2006. Le rejette pour le surplus. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Brigitte BABEL La présidente Isabelle DUBOIS Le secrétaire-juriste : Olivier TSCHERRIG Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le