

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4516/2007

ATAS/667/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 28 mai 2009**

En la cause

Monsieur T\_\_\_\_\_, domicilié Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître VATERLAUS Doris

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO,  
Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur T\_\_\_\_\_, né en 1953, a travaillé en tant que maçon jusqu'en 1997 puis comme chauffeur de taxi jusqu'en décembre 2000.
2. Le 14 janvier 2001, la Dresse A\_\_\_\_\_, dans un rapport adressé à ELVIA ASSURANCES, a posé les diagnostics de céphalées aiguës de tension sur atrophie cérébrale, suspicion d'insuffisance vertébro-basilaire, hypertension artérielle, cervico-dorsalgies aiguës sur troubles statiques de la colonne cervico-dorsale et sur glissement antérieur de C3, état d'angoisse et éventuelle cupulolithiase. Le médecin conclut à une incapacité totale de travail à compter du 12 décembre 2000.
3. Dans un courrier adressé le 29 janvier 2001 à la Dresse A\_\_\_\_\_, le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie (ORL), a indiqué que les tests à la recherche d'une insuffisance vertébro-basilaire étaient positifs, phénomène objectif s'accompagnant d'un important inconfort subjectif. Il a conclu à la présence d'une ischémie transitoire de l'oreille interne vraisemblablement due à une compression des artères vertébrales en rapport avec des troubles statiques du rachis cervical.
4. Dans un courrier adressé le 6 février 2001 à la Dresse A\_\_\_\_\_, le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que la symptomatologie vertigineuse décrite évoquait un vertige bénin sur cupulolithiase, qu'il n'y avait en effet pas d'indice d'une insuffisance vertébro-basilaire et que la symptomatologie était d'ailleurs peu accusée. Quant aux occipitalgies, elles évoquaient une irritation radiculaire C2 et/ou C3 vraisemblablement sur arthrose cervicale haute. Les troubles mnésiques ont été testés mais les scores obtenus ont permis d'éviter des investigations plus spécialisées.
5. En avril 2001, l'assuré a déposé auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) une demande de rééducation dans la même profession ou de rente, en invoquant une atteinte du dos, des nerfs, une hypertension, des vertiges et des maux de tête.
6. Le Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, dans un courrier adressé le 20 juin 2001 au médecin conseil de l'ELVIA, a confirmé que la patient était en arrêt de travail depuis le 12 décembre 2000 en raison de vertiges et de maux de tête, symptômes mis en relation avec une hypertension artérielle connue. Il a relaté que le Dr B\_\_\_\_\_ avait mis en évidence une insuffisance vertébro-basilaire responsable de la symptomatologie et en relation avec l'arthrose cervicale ancienne présentée par le patient. Le Dr D\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'hypertension artérielle sévère et d'insuffisance vertébro-basilaire. Il a noté une limitation fonctionnelle de la colonne cervicale. Il a cependant précisé que l'hypertension était traitée et que ce problème ne devait pas justifier un arrêt de travail indéfini ou une

invalidité et que l'insuffisance vertébro-basilaire se manifestait surtout lors des mouvements extrêmes de rotation de la colonne cervicale et ne constituaient pas une contre-indication à la poursuite de l'activité professionnelle de chauffeur de taxi. Il a préconisé de justifier l'incapacité de travail encore cours mais de prévoir rapidement une reprise du travail à 50% dans un premier temps puis à 100% un mois plus tard. Selon lui, il n'y avait pas de raison d'envisager une autre activité que celle de chauffeur de taxi. Le médecin a ajouté que si la reprise intervenait rapidement, le pronostic serait bon.

7. La Dresse A\_\_\_\_\_ a pour sa part émis l'avis que les vertiges rencontrés par le patient constituaient une contre-indication à la conduite d'un véhicule. Elle a dès lors conclu à une totale incapacité de travail en précisant que l'on ne pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité.
8. Il ressort d'un courrier adressé le 16 septembre 2001 par la Dresse A\_\_\_\_\_ au médecin-conseil d'ELVIA qu'une reprise du travail partielle à 50% a été tentée le 1<sup>er</sup> mars 2001 mais que le patient est revenu en urgence le même jour pour une aggravation des vertiges pendant son activité professionnelle. Il a donc été immédiatement remis en arrêt de travail à 100%.
9. L'assuré a été adressé par ELVIA ASSURANCES au Dr H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, qui a rendu son rapport d'expertise en date du 10 décembre 2001, sur la base de l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_, rhumatologue, d'une expertise du Dr D\_\_\_\_\_, interniste, et de plusieurs rapports émanant des Drs A\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_.

L'expert a relevé plusieurs éléments évocateurs d'une surcharge psychogène. Il a expliqué que la symptomatologie vertigineuse rotatoire s'exprimant essentiellement lors du décubitus dorsal ne durait que quelques secondes et pouvait survenir totalement irrégulièrement, environ deux fois par semaine. Il a émis l'avis que ce vertige était d'origine psychogène en admettant toutefois que le patient ait pu présenter un vertige positionnel paroxystique bénin. Quant aux cervicalgies chroniques, elles n'avaient pas trouvé d'explications claires, les troubles statiques étant forts discrets de même que les troubles dégénératifs.

De fait, l'expert a considéré que le patient souffrait essentiellement d'une hypertension artérielle, d'obésité et d'un syndrome de déconditionnement. L'incapacité de travail ne lui pas paru justifiée autant que le patient ne décrivait pas de limitation en regard de ses lombalgies chroniques.

Les diagnostics finalement retenus sont été le suivants : status après vraisemblable vertige positionnel paroxystique bénin récidivant, troubles somatoformes douloureux vraisemblables, hypertension artérielle, obésité, brachialgies chroniques et céphalées tensionnelles.

Le médecin a préconisé une réinsertion professionnelle complète, la dérive vers un syndrome somatoforme douloureux lui paraissant évidente. Il a conclu à la capacité à exercer la profession de chauffeur de taxi comme toute autre activité ne nécessitant pas le port de charge dépassant 20 kilos et préservant les règles d'hygiène lombaire. Il a évoqué une conciergerie, la surveillance d'une chaîne de production ou la profession de magasinier. Eu égard à la rareté des malaises à leur brièveté sans phénomène syncopal et sans trouble végétatif ni perte de contrôle, le médecin a émis l'avis qu'ils ne limitaient pas la conduite automobile tout en n'écartant pas la nécessité d'une estimation plus pointue.

10. L'assuré a été revu par le Dr D \_\_\_\_\_ le 8 février 2002. Dans le courrier adressé ensuite au médecin-conseil de l'assurance, le médecin a émis une nouvelle fois l'avis que les différentes affections dont souffre l'assuré ne justifiaient pas une incapacité de longue durée ou une invalidité. Le médecin a émis des doutes sur le fait que l'activité professionnelle de chauffeur de taxi ne puisse plus être exigée et a ajouté que, quoi qu'il en soit, une activité légère et n'impliquant pas le port de charge comme mentionnée par le Dr H \_\_\_\_\_ serait possible immédiatement, dans la conciergerie, la surveillance de chaînes de production ou comme magasinier.
11. Dans un rapport du 5 janvier 2003, la Dresse A \_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de son patient était stationnaire, qu'il était suivi par le Dr I \_\_\_\_\_, psychiatre, depuis le 29 janvier 2002 et qu'il n'y avait pas d'évolution.
12. Le Dr I \_\_\_\_\_, dans un rapport du 19 mai 2003, a posé le diagnostic de cervico-dorso-lombalgies et de vertiges. Il a également mentionné un épisode dépressif léger étant précisé que ce dernier était sans répercussion sur la capacité de travail.
13. Dans un rapport du 17 août 2003, la Dresse A \_\_\_\_\_ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de son patient sans indiquer en quoi cette aggravation consistait.
14. Dans un bref courrier adressé à l'OCAI le 15 mars 2004, le Dr G \_\_\_\_\_ a indiqué que déficit auditif révélé par les tests psycho-acoustiques ne correspondait pas au réel seuil auditif qu'il y avait donc très clairement une dissociation entre la réalité et les faits tout comme il en allait d'ailleurs peut-être de même pour les vertiges dont on n'avait pu mesurer l'intensité par des tests objectifs.
15. L'assuré a été adressé pour une expertise médicale au Dr J \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie qui a rendu son rapport en date du 20 juin 2004. L'expert a retenu les diagnostics de lombalgies chroniques, cervicalgies chroniques et vertiges d'origine multifactorielle. Il a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, une hypertension artérielle, un diabète de type 2 et un kyste de la poche de Rathke.

Le patient se plaint de dorsalgies et cervicalgies constantes, amplifiées aux mouvements et à l'effort physique, diminuées par la position allongée et les antidouleurs. Il se plaignait également de vertiges apparaissant principalement aux mouvements et aux changements de position.

Le médecin a mis en évidence un syndrome cervical lombaire et cervical important avec une limitation de la mobilité, principalement cervicale, précisant qu'au niveau lombaire, il existait uniquement des troubles statiques. Du point de vue fonctionnel, le médecin a considéré que l'assuré devait éviter les travaux lourds ou nécessitant le port de charges, la position tête en arrière ou en avant ainsi que les mouvements brusques ou rapides.

L'ancienne activité de maçon a été exclue en raison des lombalgies et des cervicalgies. S'agissant de l'activité de chauffeur de taxi, l'expert a émis l'avis que l'assuré ne devait pas être limité en raison de ses lombalgies mais que les problèmes cervicaux entraînaient une limitation, principalement dans les rotations, ce qui diminuait son aptitude à regarder en arrière par exemple pour se garer. Les vertiges constituaient également un problème. La conduite d'un véhicule du point de vue professionnel pourrait être dangereuse pour lui-même et pour les autres. En revanche, une activité légère, n'impliquant ni port de charge ni position statique prolongée de la tête ou mouvements brusques ou répétés de la tête a été considérée comme envisageable. La diminution de rendement a été évaluée à 20% en raison de la survenue de vertiges aux mouvements et changements de position ce qui peut le rendre plus lent dans certaines activités professionnelles. L'expert a finalement conclu à une capacité de travail de 50%, soit 4 heures par jour ou 6 heures par jour avec un rendement diminué.

16. Une expertise ORL a été confiée au Prof. G \_\_\_\_\_ qui a rendu son rapport en date du 8 octobre 2004. Il y est relaté que depuis décembre 2000, le patient souffre de vertiges rotatoires qui apparaissent lorsqu'il se couche ou se relève, à la marche ou lorsqu'il est fatigué. Les épisodes durent quelques secondes et sont quasiment présents tous les jours mais ont tendance à diminuer depuis quelques mois en fréquence et en intensité. Le patient se plaint également de maux de tête constants depuis décembre 2000 sous forme de douleurs en casque prédominant dans la nuque et les régions temporales. Au moment de l'expertise, les vertiges n'étaient pas très fréquents mais la crainte de l'assuré de les déclencher est en revanche importante raison pour laquelle il a peur de conduire son taxi et d'avoir un accident. L'expert a relevé que l'insuffisance vertébro-basilaire un moment évoquée avait été écartée par une IRM.

L'expert a conclu à une possible vestibulopathie périphérique, vraisemblablement à désordre otolithique. Selon lui, il pourrait bien s'agir d'un vertige paroxystique bénin de position, une canalo- ou une cupulolithiase. Les vertiges n'étaient plus alors dans une phase aiguë. Le médecin a souligné avoir souvent observé qu'une

telle atteinte, parfaitement bénigne, générerait chez bon nombre de patients de fortes craintes qui pouvaient persister même après guérison.

Sur le plan de l'audition, le médecin a indiqué qu'il n'avait pas de corrélation entre les tests psycho-acoustiques et l'audiogramme tonal et les tests électrophysiologiques qui suggéraient une audition normale à droite peut-être avec une certaine élévation des seuils à gauche. Il en a tiré la conclusion que l'audiogramme était probablement faux car s'il y avait une atteinte aussi sévère que celle qu'il révélait, la conversation avec le malade serait extrêmement difficile, ce qui n'était absolument pas le cas. Le médecin en a tiré la conclusion que l'audiogramme tonal révélait des seuils de confort, le malade attendant d'entendre parfaitement le son au lieu de chercher à détecter le seuil. Cette observation plaidait aussi en faveur d'un désordre d'ordre psychologique et non physique.

Le Dr G\_\_\_\_\_ a estimé qu'il n'y avait pas d'arguments pour interdire la reprise d'une activité en tant que chauffeur de taxi. Il a évoqué la possibilité qu'il existe encore des répercussions psychologiques d'un trouble maintenant guéri. D'ailleurs, le malade avait admis que les vertiges n'étaient plus la cause de son arrêt de travail mais que celui-ci résultait de l'ensemble de ses divers problèmes et de la crainte importante d'avoir un accident crainte dont l'expert a jugé qu'elle n'avait pas lieu d'être.

Enfin, l'OCAI a adressé l'assuré au Dr K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport d'expertise en date du 12 janvier 2006, sur la base d'un entretien avec l'assuré et des tests psychométriques.

L'expert relève que jusqu'en 2002 rien n'indique que l'assuré ait souffert de troubles psychologiques particuliers et que l'assuré, adressé au Dr I\_\_\_\_\_, psychiatre, ne l'a vu que deux fois. Le score de l'échelle de Hamilton a révélé une dépression légère. Quant aux scores des échelles de Beck, elles se sont révélées hors norme. Le médecin a toutefois précisé que ces deux derniers tests n'avaient qu'une valeur tout au plus indicative puisqu'ils avaient été effectués en français, langue que l'assuré ne lit pas, de sorte qu'il avait été aidé de sa fille.

L'expert a relevé que tant le test de Hamilton que l'examen clinique plaidaient pour une symptomatologie dépressive de gravité légère alors que les échelles de Beck donnaient des scores maximaux correspondant une symptomatologie dépressive très sévère. Il a souligné que les tests d'auto-évaluation conduisaient à des scores presque maximaux pour tous les sous-facteurs, ce qui démontrait une tendance à la dramatisation.

Les diagnostics suivants ont été retenus : trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive de gravité légère et personnalité à traits narcissiques. Rétrospectivement, l'expert a émis l'hypothèse que l'assuré avait présenté un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive en décembre 2005 face aux

---

difficultés rencontrées lors du renouvellement de son permis de séjour. Le Dr K\_\_\_\_\_ a estimé que la symptomatologie anxio-dépressive légère ne pouvait justifier une diminution de rendement de l'ordre de 20% tout au plus dans une activité médico-théorique adaptée à temps complet.

17. Par décision du 27 mars 2006, l'OCAI a dès lors rejeté la demande de reclassement professionnel au motif que la perte de gain, de 5'683 fr., conduisait à un degré d'invalidité de 10,52%, insuffisant pour ouvrir droit à des prestations.

Le degré d'invalidité a été obtenu en comparant le revenu avant invalidité, soit 54'043 fr. en 2001 (52'725 fr. en 2000, selon le rassemblement des extraits de comptes individuels AVS), à un revenu d'invalidé dans l'industrie légère, le montage ou la surveillance d'un processus de production, évalué à 48'360 fr. (ESS 2000, TA1, niveau 4 : 4'437.- pour 40 h./sem. = 4'625.- pour 41,7 h./sem. = 55'507.- en 2000 = 56'895.- en 2001 = 48'360.- après réduction supplémentaire de 15%).

18. Par courrier du 5 mai 2006, l'assuré a formé opposition à cette décision.
19. Monsieur U\_\_\_\_\_, dans un rapport daté du mois d'août 2006, et contresigné par le Dr L\_\_\_\_\_, a posé les diagnostics de souffrance somatique et syndrome somatoforme douloureux persistant en concluant à une totale incapacité de travail. Il a émis l'opinion que les vertiges et les douleurs cervicales excluaient une éventuelle reprise du travail en tant que chauffeur de taxi tout comme dans le cadre d'un chantier. Il a expliqué que les troubles de l'adaptation présentés par l'assuré entraînaient une diminution importante de ses ressources psychologiques, déjà limitées et qu'il fallait par ailleurs prendre en compte son âge et son niveau socio-culturel.
20. Le rapport a été soumis au SMR qui a constaté qu'il n'y avait pas de mention d'une aggravation de l'état de santé ou d'une nouvelle atteinte comme le laissait soupçonner l'opposition.
21. Par décision sur opposition du 19 octobre 2007, l'OCAI a confirmé son refus de toute prestation au motif que l'assuré avait conservé une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

L'OCAI a écarté les avis médicaux auxquels l'assuré s'était référé. Il a estimé, d'une part, que la diminution de rendement retenu par le Dr K\_\_\_\_\_ ne reposait pas sur une atteinte psychique invalidante et, d'autre part, que la diminution de rendement admise par le Dr M\_\_\_\_\_ ne trouvait pas d'explication psychiatrique objective. L'OCAI a encore relevé que le Dr H\_\_\_\_\_, bien que retenu les mêmes diagnostics que le Dr M\_\_\_\_\_, avait estimé que les troubles statiques et dégénératifs étaient forts discrets et n'empêchaient pas l'exercice d'une activité adaptée à plein temps. Quant au rapport du centre psychologique clinique de Genève, l'OCAI a estimé qu'il ne faisait que retracer l'anamnèse de l'assuré, déjà

connue, sans mentionner ni aggravation de l'état de santé ni nouvelle atteinte dont, il n'aurait pas eu à connaître; l'OCAI en a tiré la conclusion qu'il s'agissait là d'une appréciation différente d'un même état de fait.

L'OCAI a considéré que l'état de santé de l'assuré ne lui permettait plus d'exercer ni l'activité de maçon ni celle de chauffeur de taxi à plein temps. Il a en revanche considéré que, dans une activité adaptée, c'est-à-dire s'exerçant dans l'industrie légère (par exemple dans le montage ou la surveillance d'un processus de production), l'assuré avait conservé une pleine capacité de travail. Après comparaison des gains, l'OCAI a abouti à la conclusion que le préjudice économique de l'assuré en exerçant une telle activité ne s'élèverait qu'à 10,52 %.

22. Par courrier du 21 novembre 2007, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant principalement à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle, subsidiairement à celui d'une rente, entière ou partielle.

Le recourant fait valoir que l'évaluation médicale du SMR est en contradiction avec les expertises ordonnées par l'OCAI lui-même et confiées librement aux Drs M\_\_\_\_\_, J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_. Or, selon les conclusions de ces derniers, c'est une capacité diminuée à quatre heures avec limitation de 20% pour raisons psychiques ou de six heures avec limitation de rendement de 40% pour raisons rhumatologiques et psychiques qui aurait dû être retenue. Le recourant reproche à l'OCAI de ne pas avoir expliqué les raisons pour lesquelles il s'est écarté des conclusions de ces expertises et le rapport très complet du centre de psychologie clinique, dont il fait remarquer qu'il est postérieur de près de deux ans à l'expertise psychiatrique du Dr K\_\_\_\_\_, laps de temps suffisant pour qu'un état psychique se modifie.

Le recourant souligne que le Dr N\_\_\_\_\_ et le centre de psychologie clinique ont conclu à une aggravation de son état de santé et s'étonne dès lors que l'OCAI n'en ait pas tenu compte.

Par ailleurs, le recourant conteste le calcul de son degré d'invalidité. Il relève que, selon les statistiques, en 2000, le salaire pour un travail simple et répétitif s'élevait à 4'333 fr. dans la production et à 3'846 fr. dans le secteur des services. Il s'étonne dès lors du salaire de 4'437 fr. retenu par l'intimé. Au surplus, il demande qu'une réduction supplémentaire de 20% - et non de 15% seulement - soit appliquée pour tenir compte de son âge, de sa nationalité et du fait qu'il ne peut pas travailler à plein temps.

23. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 2 janvier 2008, s'est contenté de conclure au rejet du recours.
24. Par courrier du 16 janvier 2008, le recourant a encore relevé que le SMR, dans son rapport du 11 août 2006, avait indiqué qu'une expertise bi-disciplinaire pourrait



permettre de procéder à une évaluation globale et que cette expertise n'a finalement pas été ordonnée par l'OCAI.

25. Par courrier du 18 février 2008, l'OCAI a exprimé l'avis que la mise sur pied d'une expertise bi-disciplinaire ne se justifiait pas car si le SMR avait certes émis dans un premier temps l'avis que seule une évaluation bi-disciplinaire pourrait permettre de procéder à une évaluation globale, il avait ensuite estimé, à la réception des documents remis par le centre de psychologie clinique de Genève, que ceux-ci n'étaient pas de nature à modifier sa position du 28 février 2006.
26. Plusieurs audiences d'enquêtes se sont tenues en date du 29 mai 2008.
27. Monsieur U\_\_\_\_\_, psychologue et psychothérapeute, a été entendu à titre de témoin avec la Dresse L\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, « avec les droits acquis en psychiatrie » et un certificat en médecine psychosomatique. La Dresse L\_\_\_\_\_ a expliqué que tous deux suivaient le recourant depuis le mois de mars 2006. C'est surtout elle qui l'a vu au début ; depuis, c'est Monsieur U\_\_\_\_\_, avec lequel elle communique beaucoup et dit refaire le point régulièrement.
28. Monsieur U\_\_\_\_\_ a expliqué que le cas du recourant est compliqué par le fait que souffrances physiques et psychiques sont imbriquées en un cercle vicieux ; le syndrome douloureux est devenu chronique et l'état de l'assuré s'est aggravé au fil du temps en ce sens que la dépression légère a tourné à la mélancolie; les symptômes qui étaient latents sont devenus manifestes. L'assuré a été décrit comme n'ayant plus ni estime de soi, ni plaisir, ni motivation. Selon le témoin, il a moins de contacts et se replie sur lui-même; ses réponses, par exemples, sont devenues plus laconiques et il s'épanche moins que par le passé.

Le témoin s'est déclaré convaincu par la motivation de l'assuré pour travailler et en veut pour preuve le fait que l'intéressé, lorsqu'il n'a plus pu travailler sur les chantiers, a réussi à trouver un poste de chauffeur de taxi. Il a continué à travailler jusqu'à "ce qu'il tombe en panne physiquement". Le fait de se retrouver sans travail a affecté son état.

Le Dr L\_\_\_\_\_ a encore précisé que le recourant est depuis longtemps sous antidépresseur (Cipralex), mais doit faire attention aux interférences avec les autres médicaments qu'il prend pour ses problèmes de cœur, de tension ou de diabète.

29. Entendue à son tour, la Dresse M\_\_\_\_\_ -J\_\_\_\_\_, spécialistes en médecine interne, avec une sous-spécialisation en rhumatologie, a précisé qu'elle avait constaté que les Drs B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ avaient des avis différents s'agissant des vertiges dont se plaignait l'assuré, mais qu'ils se rejoignaient sur une possible cause mécanique au niveau des cervicales. Pour sa part, le témoin a considéré que l'origine devait être multifactorielle, pour partie effectivement

mécanique. N'étant pas spécialisée en la matière, le témoin n'a pas pris en compte la problématique ORL dans son expertise. Les vertiges n'ont été considérés que dans la mesure où ils étaient associés à un problème mécanique cervical.

La Dresse M\_\_\_\_\_ a confirmé ses conclusions quant à la capacité résiduelle de travail de l'assuré, qu'elle a estimée soit à quatre heures, soit à six, mais avec un rendement diminué, précisant ne s'être exprimée que du seul point de vue rhumatologique. Le témoin a expliqué avoir préconisé des mesures professionnelles, après avoir constaté que l'assuré, bien limité au niveau cervical, ne pourrait plus reprendre son activité de maçon, ni celle de chauffeur de taxi.

Le témoin a confirmé que l'assuré s'était montré tout à fait coopératif. La Dresse M\_\_\_\_\_ a indiqué n'avoir pas été en possession, au moment de l'expertise, des rapports des Dresses E\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_. Informée que cette dernière avait évoqué les professions de magasinier, concierge ou encore surveillant de chaînes de production, le témoin a émis l'avis que ces dernières étaient effectivement envisageables dans la mesure où elles respectent les limitations fonctionnelles de l'assuré et lui permettent d'une part, d'éviter la position statique penchée en avant, les mouvements de tête répétitifs et le port de charges et, d'autre part, d'alterner les positions.

30. Le Tribunal de céans a également entendu le Dr K\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie avec une formation complémentaire en thérapie cognitive.

Le témoin a expliqué avoir eu un entretien avec l'assuré et avoir pratiqué peu de tests psychométriques au motif que ces derniers consistent en une auto-évaluation et dépendent de la capacité à comprendre le français et que seul le test pratiqué en portugais revêt finalement une certaine valeur. En revanche, il a procédé à un test de HAMILTON, une hétéro-évaluation mondialement reconnue.

Le Dr K\_\_\_\_\_ a expliqué qu'il commence par se livrer à une analyse complète de l'histoire du patient. Dans un premier temps, afin d'éviter tout préjugé, il cherche à se forger une opinion en questionnant le patient sur son histoire personnelle, ses rapports familiaux, ses antécédents psychiatriques, en analysant son parcours de vie et en vérifiant s'il a des prédispositions.

Dans le cas particulier, rien n'indiquait que, jusqu'en 2002, l'assuré ait rencontré des problèmes. Jusqu'à l'âge de 49 ans, il a vécu un parcours de vie normal.

Le témoin a ensuite procédé à un examen clinique et à l'analyse du fonctionnement quotidien de l'assuré, afin de vérifier la présence ou non des critères précis exigés par les traités pour poser un diagnostic.

Dans le cas du recourant, le témoin a indiqué avoir relevé des symptômes très légers. Il a été conforté dans ses observations par la lecture du dossier, et

notamment l'avis du Dr I \_\_\_\_\_, psychiatre, qui, en date du 19 mai 2003, avait conclu à un état dépressif léger sans répercussion sur la capacité de travail.

Pour sa part, considérant les symptômes anxieux et les vertiges dont il a estimé qu'ils mobilisaient une certaine énergie psychique, le témoin a considéré comme équitable de conclure à une diminution de rendement de 20%. Il a estimé que, tant que la situation psychosociale ne serait pas résolue, il ne pourrait y avoir évolution dans un sens ou dans l'autre. Le témoin a émis l'hypothèse que l'origine des vertiges soit mixte, comme c'est souvent le cas, c'est-à-dire à la fois somatique, mais amplifiée par les problèmes psychiques.

Le témoin dit avoir estimé que la diminution de rendement retenue par le Dr M \_\_\_\_\_ correspondait globalement, raison pour laquelle il a conclu à une diminution de 20% de rendement, en raison des symptômes psychiques et psychosomatiques. Selon lui, les troubles psychiques légers se manifestant sous forme de vertiges, d'anxiété et de démotivation sont fortement imbriqués avec les problèmes somatiques. Le témoin a exprimé l'avis que les vertiges et les légers troubles de l'attention et de la concentration ne contre-indiquaient pas la reprise de l'activité de chauffeur de taxi. Il a précisé avoir évalué la capacité de travail sur le plan strictement psychique.

Le Dr K \_\_\_\_\_ a expliqué par ailleurs que, de manière générale, en cas de dysthymie ou de dépression, il y a des variations, des fluctuations, et qu'il n'en va différemment qu'en cas de dépression grave. Ces variations sont légères. L'examen clinique porte, d'ailleurs, également sur les jours précédents et cherche à en évaluer l'ampleur. En l'occurrence, le témoin a constaté que son avis était corroboré par celui que le Dr I \_\_\_\_\_ avait émis deux ans plus tôt.

Interrogé sur la dernière remarque de son rapport portant sur le fait que, probablement, l'assuré continuerait ses revendications, le témoin a expliqué que, d'une part, d'expérience, dans de telles situations, l'aspect de recours est important et les procédures en sont multipliées, d'autre part, dans certains dossiers, c'est la sinistrose qui prédomine sur l'aspect médical, étant rappelé que la sinistrose est définie par la persévérance des plaintes pour obtenir un bénéfice secondaire. Le témoin a cependant admis qu'il aurait dû étayer cette remarque. S'il l'a fait, c'est sans doute, dit-il qu'il a dû avoir le sentiment de se trouver dans l'un de ces cas où l'on évolue vers une névrose de rentes ou une sinistrose.

En définitive, le Dr K \_\_\_\_\_ a confirmé ses conclusions, précisant qu'à son avis, l'état de l'assuré était susceptible de s'améliorer avec la prise d'un antidépresseur léger; jusqu'alors, aucun des médecins n'avait jugé la situation suffisamment grave pour mettre sur pied un traitement sur le plan psychique.

31. Par écriture du 27 juin 2008, le recourant s'est référé aux conclusions du Dr M\_\_\_\_\_ et a en outre demandé que soit entendu un spécialiste ORL, en la personne du Professeur G\_\_\_\_\_.
32. Ce dernier, chef du Service ORL des HUG, a été entendu par la Tribunal de céans en date du 16 octobre 2008. Il a expliqué s'occuper plus spécifiquement des problèmes d'oreille et en particulier des troubles de l'audition et de l'équilibre.

Le témoin a expliqué que le recourant a consulté le service ORL à deux reprises, en 2001 et 2004. La première fois, il a été vu par un médecin assistant et le témoin n'a signé le rapport qu'en sa qualité de chef du service. La seconde fois, le témoin a examiné personnellement l'assuré dans le cadre d'une expertise demandée par une assurance.

Le Prof. G\_\_\_\_\_ a expliqué qu'on parle de cupulolithiase lorsque des concrétions viennent se déposer sur la structure de l'oreille interne au point d'en perturber la mécanique et de fausser les informations en matière d'équilibre et d'orientation (les patients disent avoir l'impression de "marcher sur des œufs" au sens propre), causant ainsi des vertiges relativement brefs (moins d'une minute) déclenchés par des mouvements spécifiques. Lorsque l'on peut observer objectivement des mouvements anormaux des yeux - impossibles à simuler -, cela permet de poser le diagnostic de manière très claire. En l'absence de tels mouvements, comme c'était le cas chez le recourant, le diagnostic est possible ou probable, mais pas aussi catégorique.

Le témoin a confirmé la présence quasi certaine d'un trouble otolithique, sans aucun doute à l'origine des vertiges ressentis en se couchant le sont, peut-être également des vertiges ressentis à la marche et de la sensation du patient "de s'enfoncer dans le sol".

Le Prof. G\_\_\_\_\_ a émis l'hypothèse que les troubles vestibulaires aient pu être à l'origine ou aient à tout le moins entraîné une aggravation des troubles cervicaux. Il a expliqué que les patients se rendent compte que leur équilibre est mis à mal par les mouvements de la tête, de sorte qu'ils ont tendance à réduire ces derniers et à crispier la nuque.

Le témoin a souligné que les troubles de la fonction vestibulaire périphérique peuvent être angoissants au-delà de ce que l'on peut imaginer pour les patients. Lui-même dit avoir été très étonné de constater à quel point une affection bénigne de l'oreille interne peut se répercuter au plan psychique. Il est particulièrement édifiant à cet égard de constater que pratiquement tous les patients atteints acceptent de voir le psychologue. Le témoin l'explique par le fait que le système vestibulaire a des répercussions sur notre position dans l'espace, mais également dans notre relation aux autres et à l'environnement. Selon lui, les conséquences psychiques sont étonnantes et souvent sous-estimées par les médecins somaticiens. En revanche,

une telle atteinte n'entraîne aucune limitation pour conduire un véhicule. Le témoin a expliqué que, paradoxalement, on constate que les gens réussissent toujours à conduire. La littérature et l'expérience clinique n'indiquent pas un risque accru d'accident. A titre d'exemple, il a même été indiqué qu'un pilote de ligne pouvait continuer à voler alors même qu'il était atteint d'un trouble plus important (maladie de Menière). Le témoin s'est montré catégorique sur ce point, affirmant que lorsqu'on lui demande l'autorisation de conduire, il l'accorde, à moins que ce ne soit pour un deux-roues.

S'agissant des problèmes d'audition du recourant, le témoin a précisé avoir procédé à un test psychophysique (le patient dans une cabine doit indiquer lorsqu'il entend un son), test doublement subjectif puisqu'il dépend du patient (qui peut être fatigué, par exemple) et du technicien qui le pratique. Chez l'assuré, ce test a montré des seuils élevés correspondant à un important déficit auditif qui ont étonné le témoin dans la mesure où la conversation avec le patient était relativement facile. A alors été pratiqué un second test, électro-physiologique, celui-là (un stimulus est envoyé à l'oreille et des électrodes posées sur le crâne permettent d'enregistrer les réactions sous forme d'activité électrique). Ce test n'est certes pas d'une précision absolue, puisqu'il est sujet à interprétation, mais permet d'obtenir des résultats à 20 ou 30 décibels près et est plus objectif que le précédent. Dans le cas de l'assuré, les réponses auditives se sont révélées clairement meilleures que lors du premier test. Ces contradictions peuvent s'expliquer par l'inattention du patient, ou encore par un seuil de confort.

Eu égard à ces explications, le témoin a confirmé ses conclusions, à savoir que sur le plan purement vestibulaire et auditif, la capacité de l'assuré à conduire un taxi n'est pas limitée.

Les conclusions du Dr B\_\_\_\_\_ ont été soumises au Prof. G\_\_\_\_\_ qui a constaté que le test qu'il avait fait subir à l'assuré confirmait son diagnostic. En revanche, le témoin a expliqué que le concept sur lequel s'était appuyé le Dr B\_\_\_\_\_ a été aujourd'hui été quasiment abandonné : si les mouvements oculaires apparus lors de ce test confirment le diagnostic de cupulolithiase, on ne peut en tirer en revanche la conclusion qu'il y a un déficit de la vascularisation du tronc cérébral (en un tel cas, le patient serait quasiment mort), ce qui arrive heureusement très rarement. Le Prof. G\_\_\_\_\_ a encore émis l'avis qu'il faudrait prendre des précautions avant d'annoncer à un patient qu'il souffre d'une compression du tronc cérébral car c'est là une perspective effrayante qui, en réalité, n'a pas lieu d'être. Dans le cas de l'assuré, un tel diagnostic n'entraîne absolument pas en considération concernant l'assuré.

33. Entendu à son tour, le Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie générale et en médecine générale, a indiqué avoir vu le recourant pour la première fois en mars 2006, pour un problème de lumbago. Il est ensuite ressorti de son anamnèse qu'il

---

était hypertendu, diabétique et dépressif. Il était alors déjà suivi sur le plan psychique.

Le Dr N\_\_\_\_\_ a émis l'avis que les problèmes psychiques du recourant sont influencés par ses problèmes physiques. Les douleurs chroniques et leurs conséquences - à savoir le fait d'être perpétuellement à la recherche d'une position confortable et de rencontrer des problèmes de sommeil - ont sans aucun doute un impact sur le moral.

Le médecin a posé le diagnostic de lombalgie chronique commune, pour lequel on ne peut malheureusement pas grand-chose, à part des séances de physiothérapie et la prescription d'anti-inflammatoires. Il a également conseillé au patient de perdre du poids (son BMI est de 35-36) car cela est contre-indiqué pour ce type d'affection, d'autant qu'il a également des problèmes aux genoux.

Le Dr N\_\_\_\_\_ s'est déclaré convaincu que le patient, complètement usé, est totalement inapte à exercer le moindre travail physique, notamment celui de chauffeur de taxi. Il lui est notamment impossible de conserver la position assise plus de 10 à 15 minutes. La position couchée lui devient également difficile au bout d'une heure. Le témoin a précisé avoir pu personnellement constater dans son cabinet qu'au bout d'une demi-heure, l'assuré cherche une position plus confortable.

34. Par écriture du 10 novembre 2008, l'intimé, faisant suite aux audiences de comparution de comparution personnelle et d'enquêtes, a persisté dans ses conclusions.
35. Quant à lui, le recourant, par écriture du 14 novembre 2008, a repris en substance les arguments déjà développés précédemment. Il a au surplus relevé que le Dr K\_\_\_\_\_ ignorait que l'assuré suivait depuis des années un traitement chez le Dr I\_\_\_\_\_ qui l'avait mis sous antidépresseurs et s'est référé pour le surplus au témoignage du Prof. G\_\_\_\_\_ dont il tire la conclusion qu'il confirme indirectement le diagnostic des Drs M\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_. Il fait valoir par ailleurs que la Dresse O\_\_\_\_\_ n'étant pas spécialisée en psychiatrie, il n'y a pas lieu de donner la préférence à son avis sur ceux de la Dresse L\_\_\_\_\_ et de Monsieur U\_\_\_\_\_. Quant aux mesures de réinsertion professionnelle, elles ont été préconisées par le Dr A\_\_\_\_\_ (en septembre 2001), par le Dr D\_\_\_\_\_ (en juin 2001), par le Dr H\_\_\_\_\_ (en décembre 2001), par le Dr I\_\_\_\_\_ (en mai 2003) et par le Dr M\_\_\_\_\_ - J\_\_\_\_\_ (en juin 2004).

Reprenant le calcul du degré d'invalidité, le recourant, comparant un gain sans invalidité de 52'725 fr. en 2000 à un gain avec invalidité de 14'014 fr. (ESS 2000 4'437 fr. par mois = 52'716 fr. par année = 54'956 fr. pour 41,7 h./sem. = 16'487 fr. pour une capacité résiduelle de travail de 30% [-50% pour le Dr M\_\_\_\_\_ et - 20% pour le Dr K\_\_\_\_\_] = 14'014 après réduction supplémentaire de 15%),

aboutit à un degré d'invalidité de 73,5% dont il conclut qu'il lui donne droit à une rente entière d'invalidité à compter du 12 décembre 2001.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

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

3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si le recourant peut prétendre une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement celle de savoir quel est son degré d'invalidité éventuel et si, cas échéant, il peut se voir octroyer des mesures d'ordre professionnel.
5. a) 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 LPGA et 4 al. 1 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). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a; 105 V 207 consid. 2).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 261 consid. 4 et les références).

c) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c; Omlin, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; Morger, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in Revue Suisse des assurances sociales [RSAS] 32/1988 p. 332ss.).

d) Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve



---

de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

6. Le recourant fait grief à l'intimé de l'avoir considéré comme capable d'exercer à plein temps une activité adaptée, en dépit des conclusions des experts M\_\_\_\_\_ - J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, dont il reproche à l'intimé de s'être écarté sans indiquer pour quelles raisons et alors même que Monsieur U\_\_\_\_\_ et le Dr L\_\_\_\_\_ ont émis l'avis, près de deux ans après l'expertise psychiatrique du Dr K\_\_\_\_\_, qu'il était atteint dans sa santé de manière à entraver sérieusement sa capacité de travail.

Il est vrai que dans son rapport du 20 juin 2004, la Dresse M\_\_\_\_\_, a conclu à une capacité de travail de 50%, équivalent soit à 4 heures par jour ou à 6 heures par jour avec un rendement diminué. Cependant, force est de constater que ces conclusions sont en contradiction avec le reste du rapport. En effet, si l'expert a exclu l'activité de maçon en raison des lombalgies et celle de chauffeur de taxi en raison des cervicalgies, il concluait aussi qu'une activité légère, n'impliquant ni port de charges ni position statique prolongée de la tête ou mouvements brusques ou répétés de la tête était envisageable avec une diminution de rendement 20% en raison des vertiges, dont il a estimé qu'ils pouvaient ralentir l'assuré dans certaines activités professionnelles. On ne comprend dès lors pas pourquoi cette diminution de rendement de 20% a ensuite abouti à une diminution de la capacité de travail de 50%. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé s'est écarté du rapport de la

Dresse M\_\_\_\_\_, qui ne peut se voir accorder pleine valeur probante dans ces conditions, d'autant que même la diminution de rendement dont on comprend qu'elle est motivée principalement par les vertiges - lesquels ne relèvent au demeurant pas de la spécialité du Dr M\_\_\_\_\_ a sérieusement été mise en doute par plusieurs autres médecins, experts ou spécialiste ORL (cf. rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 20 juin 2001, rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 10 décembre 2001, rapport du Prof. G\_\_\_\_\_ du 8 octobre 2004). La Dresse M\_\_\_\_\_ - J\_\_\_\_\_, entendue par le Tribunal de céans, a d'ailleurs admis que les professions de magasinier, concierge ou encore surveillant de chaînes de production, évoquées par le Dr H\_\_\_\_\_, étaient effectivement envisageables dans le mesure où elles respectaient les limitations fonctionnelles de l'assuré et lui permettaient d'une part, d'éviter la position statique penchée en avant, les mouvements de tête répétitifs et le port de charges et, d'autre part, d'alterner les positions.

S'agissant plus particulièrement des vertiges, le Prof. G\_\_\_\_\_, spécialiste en la matière, a expliqué clairement en quoi ils consistaient et même s'il a admis qu'une telle atteinte - qualifiée par ailleurs de parfaitement bénigne - peut générer chez bon nombre de patients de fortes craintes qui peuvent persister même après guérison, il n'en demeure pas moins qu'il a très clairement indiqué que les vertiges ne justifiaient aucune incapacité de travail, pas même dans la profession de chauffeur de taxi et que l'assuré avait du reste reconnu que son arrêt de travail résultait plutôt de l'ensemble de ses divers problèmes et de la crainte importante d'avoir un accident, crainte qui n'avait pas lieu d'être.

Du point de vue somatique, il ressort des différents rapports que les dorsalgies et cervicalgies, si elles entraînent certes des limitations, ne conduisent à aucune incapacité de travail. Ainsi, le Dr H\_\_\_\_\_, notamment, chargé d'une expertise par ELVIA ASSURANCES, a conclu en 2001 à une totale capacité de travail, expliquant que le patient ne décrivait pas de limitation en regard de ses lombalgies chroniques et que les cervicalgies ne trouvaient quant à elles pas d'explications claire, les troubles statiques étant fort discrets. Cet avis était partagé par le Dr D\_\_\_\_\_.

En définitive, les problèmes somatiques, s'ils conduisent certes à retenir un certain nombre de limitations fonctionnelles, n'entraînent pas de réduction de la capacité de travail.

En réalité, à l'instar du Prof. G\_\_\_\_\_, qui a suggéré que les problèmes du recourant seraient peut-être la conséquence d'un désordre d'ordre psychologique plutôt que physique, il y a lieu de se demander si le principal problème ne serait pas d'ordre psychique.

Cependant, le Dr I\_\_\_\_\_, en mai 2003, n'a retenu qu'un épisode dépressif léger, dont il précisait qu'il était sans répercussion sur la capacité de travail de son patient. Le Dr K\_\_\_\_\_, quant à lui, a également conclu à une dépression légère en janvier 2006. Le recourant lui reproche d'avoir ignoré qu'il était suivi par le Dr I\_\_\_\_\_ au motif que l'expert a retenu que, jusqu'en 2002, rien n'indiquait que l'assuré avait souffert de troubles psychologiques particuliers. Ce grief apparaît cependant totalement dénué de fondement dans la mesure où le Dr K\_\_\_\_\_ a expressément mentionné le fait que l'assuré avait consulté le Dr I\_\_\_\_\_ et a relevé qu'en 2003, ce dernier n'avait conclu qu'à un trouble mineur, sans répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé.

Certes, le Dr K\_\_\_\_\_ mentionne que les scores des échelles de Beck ont conclu à une dépression sévère. Mais il a également expliqué pourquoi il ne leur a finalement attribué que peu d'importance : d'une part, il s'agit ces tests sont rédigés en français - de sorte que l'assuré, qui maîtrise mal la langue, a dû se faire aider - et, d'autre part, ces échelles sont basées sur une auto-évaluation. Or, tous les sous-facteurs conduisaient à des scores maximaux, ce qui démontrait une tendance à la dramatisation. On peut relever au passage que le même phénomène s'est produit avec le Prof. G\_\_\_\_\_, lors des tests d'audiométrie. Les conclusions du Dr K\_\_\_\_\_, qui se basent en définitive sur l'examen clinique et le résultat de l'échelle de Hamilton, apparaissent donc tout à fait convaincantes.

Finalement, sur le plan psychique, le Dr K\_\_\_\_\_ n'a retenu qu'un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive de gravité légère et une personnalité à traits narcissiques, justifiant une diminution de rendement de l'ordre de 20% tout au plus dans une activité médico-théorique adaptée à temps complet.

Il y a lieu d'ajouter, pour conclure, qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 5 janvier 2003, I 701/05, consid. 2 et les références, en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire : il n'en va autrement que si lesdits médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière.

Tel n'est pas le cas en l'occurrence. Certes, Monsieur U\_\_\_\_\_ et le Dr L\_\_\_\_\_ ont déclaré que l'état de santé de l'assuré s'est aggravé au fil du temps en ce sens que la dépression légère a tourné à la mélancolie et que les symptômes qui étaient latents sont devenus manifestes. Ces allégations ne permettent cependant pas de se convaincre qu'au moment de la décision litigieuse, l'état psychique de l'assuré, qui avait été déclaré sans gravité tant par le Dr I\_\_\_\_\_ que par le Dr K\_\_\_\_\_, se serait subitement aggravé. Monsieur

U\_\_\_\_\_, dans son rapport du mois d'août 2006, se contentait de parler de « souffrance somatique » et de syndrome somatoforme douloureux. Par ailleurs, il semblait motiver l'incapacité de travail à laquelle il concluait avant tout par les vertiges, les douleurs cervicales, l'âge et le niveau socio-culturel de l'assuré. Il indiquait certes que les ressources psychiques du patient étaient diminuées mais il convient de relever que s'il excluait l'éventualité de travailler comme chauffeur de taxi ou sur un chantier, il ne s'exprimait en revanche pas sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée.

Quant au Dr N\_\_\_\_\_, il s'est déclaré convaincu que le patient, complètement usé, était désormais inapte à exercer le moindre travail physique, notamment celui de chauffeur de taxi. Ses déclarations sont cependant contradictoires dans la mesure où, après avoir affirmé qu'il était impossible à son patient de conserver la position assise plus de 10 à 15 minutes, il a précisé avoir constaté dans son cabinet, qu'au bout d'une demi-heure, l'assuré cherchait une position plus confortable. C'est donc que l'assuré doit pouvoir rester assis plus longtemps qu'il ne veut bien le dire.

Eu égard à ces éléments, il apparaît que la diminution de rendement vraisemblable est celle retenue par le Dr K\_\_\_\_\_, lequel a expliqué avoir considéré comme équitable de conclure à une diminution de rendement de 20%. Dès lors, c'est à tort que l'intimé s'en est écarté au motif que cette diminution de rendement ne reposait pas sur une atteinte psychique invalidante, puisqu'un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie mandaté par l'intimé lui-même a précisément conclu le contraire et a motivé son évaluation de manière convaincante.

Il suit de ce qui précède qu'il convient de retenir comme exigible une capacité de travail à plein temps dans une activité adaptée aux limitations de l'assuré, avec une diminution de rendement de 20%.

7. Il convient à présent de se prononcer sur le calcul du taux d'invalidité.

a) L'entrée en vigueur de la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est égal ou supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; 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 (ATF 129 V 223 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 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle avait été en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 la santé.

b) En l'espèce, le revenu avant invalidité, fixé à 52'725 fr. en 2000, n'est pas contesté. Il n'y a dès lors pas lieu de s'en écarter.

Quant au revenu avec invalidité, en l'absence de reprise d'activité du recourant, il convient de se référer aux salaires statistiques tels qu'ils découlent de l'enquête suisse sur la structure des salaires éditée par l'Office fédéral de la statistique (ESS). Il ressort de l'instruction du dossier que le recourant peut exercer une activité légère à plein temps à condition de respecter les limitations énoncées plus haut. Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives offertes par les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un marché du travail équilibré offre

---

un nombre significatif de postes de travail légers pouvant être occupés sans difficulté particulière par une personne souffrant des douleurs lombaires. Selon les données de l'ESS 2000, le revenu mensuel standardisé d'un homme exerçant une activité simple et répétitive s'élevait, tous domaines confondus, à 4'437 fr. par mois (valeur médiane). Ce montant correspond, pour un horaire de travail moyen de 41,8 heures (cf. ATF 126 V 81 consid. 7a) à un salaire annuel brut, en 2000, de 55'640 fr. à plein temps et de 44'512 fr. en tenant compte de la diminution de rendement de 20% retenue par le Dr K\_\_\_\_\_. Si l'on applique au surplus une réduction supplémentaire de 15% comme l'a fait l'intimé (pour tenir compte de l'âge de l'assuré et du fait que son taux d'activité ne sera plus que partiel), on obtient un revenu d'invalidé de 37'835 fr., qui, comparé au salaire avant invalidité, conduit à un degré d'invalidité de 28.24%.

8. a) Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée (al. 1).

L'étendue des mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret (ATF 124 V 110 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid 1).

Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première phrase LAI). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références).

b) En l'espèce, force est de constater que le recourant remplit donc l'une des conditions mises à l'octroi d'un reclassement. L'instruction permet cependant de douter de la nécessité d'un changement de profession, les doutes émis par certains médecins non spécialisés quant à la capacité de l'intéressé de continuer à exercer sa profession de chauffeur de taxi ayant été définitivement et de manière convaincante levés par le Dr G\_\_\_\_\_. Qui plus est, les autres professions adaptées évoquées, notamment par les Drs H\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, soit la conciergerie, la petite manutention ou la surveillance de chaînes de production, ne nécessitent pas non plus de formation particulière.

En conséquence, en l'espèce, un reclassement ne se justifie pas. En revanche, une aide au placement pourra être accordée à l'assuré s'il en fait la demande motivée.

9. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est très partiellement admis en ce sens que le droit à une aide au placement est reconnu au recourant.



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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet très partiellement en ce sens que le droit à une aide au placement est reconnu à Monsieur T\_\_\_\_\_.
3. Le rejette pour le surplus.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 1'200 fr. à titre de dépens.
5. Renonce à percevoir l'émolument.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Florence SCHMUTZ

Karine STECK

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