

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1374/2001

ATAS/279/2003

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

du 27 novembre 2003

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur B _____
représenté par Me Guy Frédéric ZWAHLEN
13, rue Céard
1204 – G E N E V E

recourant

contre

**OFFICE CANTONAL DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE**
Case postale 425
1211 – G E N E V E 13

intimé

Siégeant : **Mme Karine STECK, Présidente**

Mme Daniela WERFFELI BASTIANELLI et M. Laurent VELIN, Juges
assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur B_____, ressortissant espagnol, est arrivé en Suisse en 1968 pour y trouver du travail. Du 2 octobre 1969 au 31 août 1993, il a été employé par X_____ en tant qu'aide magasinier à plein temps. Le 1^{er} septembre 1993, il s'est inscrit en tant que chômeur auprès de l'Office cantonal de l'emploi et a bénéficié une première fois d'indemnités jusqu'au 10 septembre 1996.
2. Le 2 mars 1998, l'assuré a déposé auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) une demande de prestations visant à l'obtention d'une rente.
3. Dans son rapport médical du 14 juillet 1998, le Dr H_____, médecin traitant et spécialiste en médecine interne, a indiqué que son patient était totalement incapable de travailler depuis le 11 septembre 1996 et que son état était stationnaire (pièce 3, fourre 3 OCAI). Le médecin a diagnostiqué une fibromyalgie, un état dépressif, une maladie coronarienne avec status post PTCA et un diabète de type II non-insulino-dépendant. Au rapport médical étaient joint un certificat médical de la Division de rhumatologie de l'Hôpital cantonal de Genève, ainsi qu'un test d'effort, une tomo-scintigraphie et un certificat médical du Dr M_____, cardiologue.
4. Dans un rapport intermédiaire daté du 10 novembre 1999, le Dr H_____ a confirmé son diagnostic en y ajoutant des troubles mictionnels (pièce 4, fourre 3 OCAI).
5. Par courrier du 13 décembre 1999, le Dr H_____ a répondu aux questions qui lui étaient posées par l'OCAI, indiquant que du point de vue physique seul, la fibromyalgie, qui s'était certainement aggravée, constituait une contre-indication à la reprise de l'activité. Quant à l'état dépressif, il était

réactionnel et s'expliquait par la réapparition de la maladie coronarienne, par l'aggravation de la fibromyalgie et l'absence de réintégration professionnelle (pièce 17, fourre 3 OCAI).

6. Mandaté par l'OCAI, le Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après : COMAI) a rendu son rapport d'expertise le 7 mai 2001. Il a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant sous forme de douleurs diffuses de l'appareil locomoteur ayant des conséquences sur la capacité de travail. Par ailleurs, ont été également diagnostiquées diverses affections sans conséquences sur la capacité de travail : cardiopathie ischémique, status post-résections endoscopiques de la prostate, état dépressif d'intensité moyenne et trouble mixte de la personnalité (pièce 19, fourre 3 OCAI). Sur le plan somatique (et notamment rhumatologique), les experts se sont déclarés frappés par la discordance entre l'extension et l'intensité des plaintes algiques signalées par le patient et la pauvreté des constatations objectives. Aucune constatation pathologique objective n'a été faite par les experts, susceptible d'expliquer tout au moins en partie les plaintes algiques du patient.
7. Par décision du 25 juillet 2001, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, indiquant que les conditions à la reconnaissance d'une invalidité n'étaient pas réalisées puisqu'il n'existait aucun trouble fonctionnel d'origine physique suffisamment important pour justifier une quelconque incapacité de travail dans le métier exercé.
8. Par acte du 24 août 2001, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le mois de juin 1997.
9. Invité à se prononcer, l'OCAI a conclu au rejet du recours par préavis du 28 novembre 2001, arguant que le trouble somatoforme dont souffrait le recourant n'était pas invalidant.

10. Par courrier du 13 septembre 2002, l'OCAI a transmis au Tribunal une note de son médecin-conseil relevant que seule la fibromyalgie avait des répercussions sur la capacité de travail du recourant.
11. A la demande du conseil de l'assuré, l'OCAI a transmis au Tribunal une version corrigée de la note de son médecin-conseil, dénuée de certains propos que le conseil du recourant avait jugé déplacés. L'autorité intimée a persisté cependant dans ses conclusions.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 a été modifiée et un Tribunal cantonal des assurances sociales a été institué dès le 1^{er} août 2003 (cf. art. 1 let. r LOJ - E 2 05). Conformément à l'art. 3 al. 3 des dispositions transitoires de la loi du 14 novembre 2002 modifiant la LOJ, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi précitée et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales. La compétence du Tribunal de céans est dès lors établie pour trancher du présent litige.
2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions en vigueur au moment de la décision attaquée, eu égard au principe selon lequel le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467, consid. 1, 121 V 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA). Le présent litige

sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité et de son règlement alors applicables.

3. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable à la forme, en vertu de l'art. de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (ci-après : LAI), dans son ancienne teneur, et de l'art. 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (ci-après LAVS).
4. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'alinéa 2 précise que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Le droit à la rente est déterminé par l'article 28 alinéa 1er LAI qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 pour cent au moins. La rente est entière pour une invalidité de 66 2/3% au moins, elle est d'une demie pour une invalidité de 50% au moins et d'un quart pour une invalidité de 40% au moins.

Selon l'alinéa 2 du même article, pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide.

5. En l'espèce, le recourant soutient avoir droit à une rente entière de l'assurance-invalidité, se basant principalement sur le rapport d'expertise du COMAI.

Avant d'examiner le degré d'invalidité du recourant, ainsi que son éventuel droit à une rente, il convient d'examiner la question des mesures de réadaptation auxquelles celui-ci pourrait avoir droit.

Dans le cas de ce patient, les professionnels consultés estiment avec raison qu'elles ne sont pas indiquées vu son âge. Rappelons ici que le recourant est aujourd'hui âgé de 68 ans, ce qui rend la question caduque.

6. S'agissant du taux d'invalidité, il y a lieu de souligner tout d'abord qu'il ne correspond pas forcément à l'incapacité de travail retenue par les médecins (Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité - CIIAI, n° 3004).

Dans le cas présent, la méthode générale de comparaison des revenus peut être utilisée, s'agissant d'un assuré ayant dû interrompre ou cesser son activité lucrative pour cause de maladie ou d'accident et qui, sans handicap, continuerait à exercer une activité lucrative (CIIAI, n° 3009).

7. Le risque couvert par l'assurance-invalidité et donnant droit à des prestations est basé sur des faits médicaux. Pour juger des questions juridiques qui se posent, les organismes d'assurance et le juge des assurances sociales doivent se baser sur des documents qui sont établis essentiellement par des médecins (ATF 122 V 158). Il est possible d'établir les éléments médicaux déterminants sur le plan juridique en recourant aux rapports demandés par l'office de l'assurance-invalidité aux médecins traitants, aux expertises de spécialistes extérieurs et aux examens pratiqués par les centres d'observation créés à cet effet (art. 69 al 2 et 72 bis du règlement sur l'assurance-invalidité [ci-après : RAI] ; ATFA du 31 juillet 1997, pratique VSI 1997, page 318).
8. En l'espèce, à l'échéance de la période d'indemnisation par l'assurance-chômage, soit dès le 11 septembre 1996, le Dr H_____ a attesté d'une

incapacité de travail complète, en raison d'un état dépressif réactionnel à une situation conflictuelle, un diabète et des polyarthralgies rhumatismales (pièce 6, fourre 4 OCAI).

Le 30 juin 1997, la Division de rhumatologie de Hôpital cantonal de Genève a souligné l'absence de signes évocateurs d'un rhumatisme inflammatoire, de signes d'irritation radiculaire ou d'autres éléments en faveur de rachialgies spécifiques (pièce 6, fourre 4 OCAI).

S'agissant des problèmes cardiaques, le Dr M _____ a indiqué, dans un certificat du 24 mars 1998, que la coronographie et la ventriculographie étaient normales, de sorte que tout traitement angineux devait être arrêté.

Le 15 mai 2001, le COMAI a rendu son rapport d'expertise, au terme duquel il a conclu à l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Comme on l'a vu ci-dessus, sur le plan somatique (et notamment rhumatologique), les experts se sont déclarés frappés par la discordance entre l'extension et l'intensité des plaintes algiques signalées par le patient et la pauvreté des constatations objectives. Les experts n'ont pu faire aucune constatation pathologique objective susceptible d'expliquer au moins en partie les plaintes algiques du patient. La douleur ne s'explique que par d'éventuels troubles psychiatriques de l'assuré. Du point de vue rhumatologique strict, les limitations sont de nature pratiquement exclusivement algiques et ne justifient pas une incapacité de travail complète. La notion de diabète ne doit plus être évoquée, car elle était infondée. Dans le contexte particulier de ce patient toutefois, il a semblé justifié au COMAI de retenir une capacité de travail de 30 à 40%, vu les éléments mis en évidence par la consultante en psychiatrie.

9. Le droit fédéral ne fixe aucune prescription sur la manière d'apprécier les moyens de preuve, le principe de la libre appréciation des preuves s'appliquant en matière de procédure administrative.

Selon la jurisprudence, en principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 290 consid. 1b; ATF 112 V 32 sv. 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). En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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). A ce titre, MEINE (L'expertise médicale en Suisse: satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles? in RSAS 1999 p. 37ss) souligne que l'expertise doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées. Dans le même sens, BÜHLER (Erwartungen des Richters an den Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567ss) expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne

pas trancher des points de droit (pratique VSI 3/2000, p. 152 et les références citées).

10. En l'espèce, le COMAI a procédé à un examen complet et minutieux de l'état de santé de l'assuré. Pour ce faire, les médecins se sont appuyés sur l'entier du dossier, notamment les certificats médicaux des médecins ayant examiné le patient auparavant, de sorte qu'on ne peut que constater que ce rapport se base sur un dossier bien étayé.

Une anamnèse complète a été réalisée et le patient a été entendu par les différents experts, notamment spécialistes en rhumatologie et psychiatrie. Le rapport est circonstancié sur 22 pages et les conclusions auxquelles parviennent les médecins à l'issue de leur séance de décision multidisciplinaire sont claires et unanimes. Au regard de l'ensemble des avis médicaux versés au dossier et du rapport du COMAI, il apparaît que le recourant ne souffre pas d'une atteinte à la santé physique de nature à entraîner, à elle seule, une diminution de la capacité de gain présumée permanente ou de longue durée.

11. D'après une jurisprudence récente rendue par le Tribunal fédéral dans un cas similaire, il serait erroné d'affirmer que seuls des troubles somatoformes douloureux liés à une comorbidité psychiatrique grave seraient susceptibles de fonder une invalidité au sens de la loi. Une telle comorbidité constitue tout au plus l'un des critères, certes important, à prendre en considération dans le cadre d'une évaluation globale de la situation médicale de l'assurée. Aussi, ne saurait-on s'écarter des conclusions des experts du COMAI au seul motif que leur rapport ne fait pas état d'une comorbidité psychiatrique grave (ATF non publié du 20 mars 2003 en la cause I/182/02).

Cela étant, il n'en demeure pas moins qu'il faut examiner si l'expertise contient suffisamment d'éléments pertinents au plan psychiatrique pour que l'on puisse se convaincre, dans le cas particulier, que l'intéressé n'est pas en mesure de reprendre pleinement une activité lucrative.

Sur le plan psychiatrique, l'expert doit poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur le degré de gravité de l'affection. Il doit évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assuré d'une activité lucrative. Ce pronostic tiendra compte de divers critères, tels une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, une comorbidité psychiatrique, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale, un éventuel profit tiré de la maladie, le caractère chronique de celle-ci sans rémission durable, une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution, l'échec de traitements conformes aux règles de l'art. Le cumul des critères précités fonde un pronostic défavorable. Enfin, l'expert doit s'exprimer sur le cadre psychosocial de la personne examinée. Au demeurant, la recommandation de refus d'une rente doit également reposer sur différents critères. Au nombre de ceux-ci figurent la divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (VSI 2000 p. 155 consid. 2c) (ATFA non publié du 18 octobre 2002 I/141/02).

12. En l'espèce, la Dresse N_____, qui a réalisé l'expertise psychiatrique, a relevé un état dépressif d'intensité moyenne, ainsi que des troubles mixtes de la personnalité, mais souligné qu'il n'y avait pas d'idées suicidaires, ni persistance d'anhédonie. L'examen clinique a mis en évidence plusieurs diagnostics psychiatriques survenant dans un contexte psychosocial difficile. Cet état n'a pas le caractère d'une comorbidité ou d'une atteinte psychiatrique grave. La Dresse N_____ a relevé la présence d'une importante irritabilité, de sentiments de tristesse, de moments de pleurs, de difficultés du sommeil, ainsi que de la fatigue et des douleurs diffuses. Il a également été tenu compte du contexte (absence d'activité depuis plusieurs années et perte d'emploi de l'épouse du recourant). Le

rapport du COMAI conclut qu'il faut relativiser cet état psychologique par rapport à son retentissement sur la capacité de travail.

Par ailleurs, l'expertise médicale fait clairement ressortir un caractère démonstratif, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues (« j'ai mal de la tête aux pieds », « je suis plus foutu chaque jour »), ainsi que de grandes divergences entre les plaintes et le comportement observé. Il n'y a pratiquement aucune limitation fonctionnelle dans la vie quotidienne.

Enfin, malgré la probable existence de difficultés dans son couple que le recourant semble vouloir cacher, l'environnement psychosocial paraît bien conservé, l'assuré déclarant avoir de nombreux amis et jouir d'un bon entourage social.

S'agissant de la profession exercée, elle est décrite comme légère par l'assuré lui-même et les experts ont souligné que ce dernier avait pu exercer différentes activités durant ces dernières années malgré ses plaintes et alors que son état de santé était stationnaire.

Eu égard à ces considérations et après une lecture attentive du rapport du COMAI, il apparaît, tout comme dans plusieurs cas traités récemment par le Tribunal fédéral (ATFA non publié du 20 mars 2003 en la cause I/182/02, ATFA non publié du 4 septembre 2003 en la cause I/273/03, ATFA non publié du 18 octobre 2002 en la cause I/141/02) que l'expertise en cause ne contient pas suffisamment d'éléments susceptibles de fonder une invalidité au sens de la loi. En effet, les résultats de l'expertise de l'assuré au plan psychiatrique ne permettent pas de se convaincre, dans le cas particulier, que le recourant n'était pas en mesure de reprendre pleinement une activité lucrative, au moment de la décision attaquée. L'autorité intimée était dès lors fondée à s'écarter des conclusions des experts quant à l'évaluation de la capacité de travail sur le plan psychique.

En conséquence, ainsi que l'a fait l'OCAI, le degré d'invalidité ne doit être examiné que sur la base de l'atteinte physique, laquelle ne saurait justifier une incapacité de travail complète.

Le recours doit donc être rejeté et la décision de l'OCAI confirmée.

* * *

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement qu'elle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :

Janine BOFFI

La Présidente :

Karine STECK

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

Le présent arrêt est communiqué pour notification aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe