



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1432/2001

ATAS/113/2003

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

du 25 SEPTEMBRE 2003

3ème Chambre

En la cause

Monsieur R _____

Représenté par le Parti suisse du Travail
Case postale 232

1211 – G E N E V E 8

RECOURANT

contre

**OFFICE CANTONAL DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE**

Case postale 425

1211 - G E N E V E 13

INTIME

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Mme Daniela WERFFELI BASTIANELLI et
M. Laurent VELIN, juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur R_____, de nationalité espagnole et au bénéfice d'un permis C, a travaillé pour diverses entreprises genevoises, notamment en tant que nettoyeur, de septembre 1979 à juin 1997. Il a connu une période de chômage du 1^{er} juillet 1994 au 30 juin 1996, période durant laquelle son gain assuré s'élevait à Fr. 4'597.- (pièces 1, 2 et 10, fourre 5 OCAI).

2. Le 26 juin 1997, il a dû mettre un terme à l'activité qu'il exerçait auprès de l'entreprise « Les quatre saisons » en raison d'une diverticulite sigmoïdienne pour laquelle il a été hospitalisé dix jours aux Hôpitaux Universitaires Genevois (HUG). Son salaire s'élevait alors en moyenne à Fr. 3'487.- par mois, à raison de Fr. 20.- l'heure (pièce 8, fourre 5 et pièce 1, fourre 3 OCAI).

3. En totale incapacité de travail dès le 26 juin 1997, l'assuré a subi une intervention chirurgicale le 20 septembre 1997 menée par les docteurs A_____ et B_____ (pièce 2, fourre 3 OCAI).

4. Le 8 mai 1998, Monsieur R_____ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) (pièce 1, fourre 2 OCAI).

5. Le 9 septembre 1998, la doctoresse C_____, son médecin traitant, a confirmé que l'assuré était toujours dans l'incapacité totale de travailler. Elle a diagnostiqué un état anxio-dépressif chronique, une sigmoïdite aiguë, une hernie inguinale gauche symptomatique ainsi que des crises de goutte. Elle a indiqué traiter le patient depuis 1987 pour un état dépressif. En conclusion, le médecin a estimé qu'une activité légère sans port de charges lourdes et sans responsabilités serait possible (pièce 9, fourre 3 OCAI).

6. Le 6 décembre 1998, le docteur D_____, médecin-conseil de la Zurich-Assurances, a établi un rapport médical après examen de l'assuré. Il a constaté que les plaintes de ce dernier correspondaient aux constatations médicales et que l'état anxio-dépressif influençait la capacité de travail. Il a estimé qu'avec une prise en charge médicale appropriée, une reprise du travail devrait être possible, d'abord à mi-temps, à partir de la fin du mois de janvier 1999, puis à plein temps, à compter du mois de mars 1999 (pièce 21, fourre 4 OCAI).

7. L'assuré a recouvré une capacité de travail à 50% dès le 22 février 1999 et s'est inscrit au chômage. Son gain assuré était de Fr. 1'107.- Cependant, en raison d'une aggravation de son état de santé, il n'a pas été en mesure de reprendre le travail à 100% ainsi qu'il l'avait prévu (pièces 22 et 26, fourre 4 OCAI, pièce 10, fourre 5 OCAI).

8. Le 28 novembre 1999, dans un rapport intermédiaire, la doctoresse C_____ a confirmé les diagnostics précédemment posés et relevé que son patient avait en outre développé un diabète de type II et subi une importante décompensation sur le plan psychique. S'agissant de la capacité de travail, elle a estimé que l'assuré n'était plus en mesure d'exercer sa profession en raison d'une incontinence de selles. Selon elle, il pourrait toutefois exercer l'activité de réceptionniste à raison d'une à trois heures par jour (pièce 13, fourre 3 OCAI).

9. Suite à l'aggravation de l'état de santé de l'assuré et aux avis divergents des différents médecins en charge du cas, l'OCAI a ordonné une expertise globale au Centre d'Observation Médicale de l'Assurance-Invalidité (ci-après COMAI) afin de déterminer la capacité de travail résiduelle (pièce 16, fourre 3 OCAI).

Un rapport d'expertise COMAI a été établi en date du 28 décembre 2000. La doctoresse E_____, psychiatre, a diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif mixte ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Elle a décrit l'assuré comme ayant une personnalité fruste, présentant des signes d'anxiété

généralisée avec une attente craintive. Décrivant le contexte social, elle a mis en évidence l'apparition de la douleur dans un contexte de conflit émotionnel, l'assuré ayant divorcé après quelques épisodes de violence conjugale et vivant seul depuis lors. Selon le médecin, l'incapacité devrait être évaluée, pour des raisons psychiatriques, à 50 ou 60 %, étant souligné qu'une persistance dans cet état était à craindre. Le docteur F_____, rhumatologue, a quant à lui diagnostiqué un côlon spasique et une hypertonie du sphincter anal, un trouble anxieux et dépressif mixte, un syndrome plurimétabolique, un status après sigmoïdectomie et un éthylisme chronique - surtout ancien - stabilisé. Compte tenu des atteintes à la santé mixtes, physiques et psychiques, il a expliqué que la capacité de travail était réduite de 50%. Les autres médecins du COMAI ont tous été d'accord avec l'incapacité de travail mise en évidence. Les conclusions du rapport indiquent en effet que la capacité de travail résiduelle de l'assuré n'est que de 50%, et que le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle adaptée restait favorable. Il était cependant à craindre que la capacité de travail ne demeure ensuite inchangée, plafonnant à 50%. Les experts du COMAI ont par ailleurs souligné que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées, mais qu'un emploi adapté tel qu'exercé antérieurement - de type nettoyeur ou manutentionnaire limité à des charges légères - se révélait possible (pièce 21, fourre 3 OCAI).

10. Suite au projet de décision de l'OCAI du 29 janvier 2001, l'assuré a consulté l'Hospice général. Ce dernier a adressé une demande de renseignements médicaux au médecin traitant de l'assuré, la doctoresse C_____, qui lui a confirmé par courrier du 25 février 2001 que son patient avait fait une décompensation grave sur le plan psychique, qu'il était dans un état anxio-dépressif majeur avec crises de panique et idées suicidaires et qu'il avait développé un diabète. Selon la doctoresse, l'état de santé de l'assuré ne lui permettait pas, tant sur le plan physique que psychique, d'entreprendre un travail quel qu'il soit, raison pour laquelle une rente d'invalidité à 100% devait lui être octroyée (pièce 24, fourre 3 OCAI).

11. Le 26 avril 2001, l'OCAI a questionné le docteur G_____, du département de psychiatrie de Belle-Idée, sur l'état de santé de l'assuré et lui a

demandé, d'une part, s'il avait constaté une aggravation au point de vue psychiatrique et, d'autre part, s'il était en accord avec le rapport COMAI (pièce 28, fourre 3 OCAI).

12. Le 14 mai 2001, le docteur G_____ a répondu que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas aggravé ; bien au contraire, sa dépression s'était nettement améliorée après l'arrêt de la consommation d'alcool. Il a déclaré être d'accord avec le rapport COMAI, ajoutant que l'assuré souffrait en outre d'un trouble mental et du comportement dû à la consommation d'alcool (pièce 29, fourre 3 OCAI).

13. Le 6 juin 2001, l'OCAI a adressé un nouveau projet de décision à l'assuré, mettant ce dernier au bénéfice d'une rente complète d'invalidité à compter du 1^{er} juin 1998 et d'une demi-rente à partir du 1^{er} juin 1999 (pièce 2, fourre 1 OCAI).

14. Le 22 octobre 2001, l'OCAI a mis l'assuré au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2001.

15. Le 14 novembre 2001, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son mandataire, Monsieur Y_____, du Parti suisse du travail, et a demandé l'octroi d'une rente complète.

16. Invité à se déterminer l'OCAI, dans son préavis du 16 janvier 2002, a conclu au rejet du recours au motif que les conclusions du rapport d'expertise COMAI étaient claires et qu'elles mentionnaient que l'assuré était en mesure de reprendre une activité à 50%.

17. Le 13 février 2002, Monsieur R_____ a persisté dans les termes de son recours, soulignant qu'il avait peu à peu sombré dans un état dépressif et qu'il n'était pas capable d'assumer un emploi à mi-temps, contrairement à certains avis médicaux.

EN DROIT

A la forme:

1. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté en temps utile, est recevable, conformément aux articles 69 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (ci-après LAI ; RS 831.20) et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS ; RS 831.10) alors applicables.

Au fond :

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (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 jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1).

3. De la capacité de travail de l'assuré

3.1. L'article 4 alinéa 1 LAI stipule que 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.

Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299).

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies.

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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas.

Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2000 p. 153 consid. 2a et les références ; ATFA non publié I 68/01 du 27 mars 2001).

Les causes de l'atteinte à la santé psychique ne jouent pas de rôle quand il s'agit de décider si celle-ci revêt ou non un caractère invalidant (PRA 1997 n° 49 p. 256 consid. 4b in fine). Ce qui est décisif, c'est de savoir si une atteinte à la santé psychique, indépendamment de son origine, entraîne une incapacité de travail et de gain (ATFA non publié I 68/01 du 27 mars 2001).

3.2. Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATF 120 V 119). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se

prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160).

A cet égard, la doctrine a décrit en détail la tâche de l'expert médical, lorsque celui-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant de troubles somatoformes. Selon Mosimann, sur le plan psychiatrique, l'expert doit poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur la 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 traitement conformément 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 psychosocial intact (MOSIMANN, Somatoforme Störungen: Gerichte und psychiatrische Gutachten, RSAS 1999, p. 1 ss et 105 ss, VSI 2000 p. 1555, ATFA n° I 229/01 Mh du 9 octobre 2001).

En outre, le Tribunal fédéral des assurances a encore souligné dernièrement qu'on ne saurait reconnaître l'existence d'une incapacité de travail résultant d'un syndrome douloureux sur la base d'éléments qui entrent certes dans les critères déterminants susceptibles de justifier une incapacité de travail mais qui, chez la personne expertisée, se manifestent sous une forme atténuée. Pour admettre le

caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, encore faut-il que celui-ci revête un minimum de degré de gravité (ATFA n° I 759/01 du 20 septembre 2002).

3.3. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'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 ; VSI 2000, p.154).

La jurisprudence a établi en outre que les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont une valeur probante inférieure à celle des spécialistes (RCC 1988, p. 504).

Si le rapport médical ne donne pas un tableau suffisamment clair de l'atteinte à la santé et de ses effets sur la capacité de travail pour décider de manière fiable du droit aux prestations, l'office AI ordonne un examen médical supplémentaire. Cet examen peut normalement être effectué par un médecin-spécialiste ou dans une division d'hôpital. Lorsqu'un examen pluridisciplinaire est nécessaire, l'office AI mandate un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI). Un examen plus complet peut raisonnablement être exigé d'un assuré et n'est pas disproportionné lorsque le dossier n'est pas suffisamment documenté sur l'état de santé, la capacité de travail et les possibilités de réadaptation de la personne assurée (RCC 1980, p. 346). Si un tel examen a déjà été effectué et que l'office AI estime encore nécessaire d'ordonner d'autres examens médicaux, il soumettra le dossier à l'OFAS pour avis, sauf si ces examens sont recommandés par le COMAI (CIIAI 1055).

Lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait

les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353).

3.4. En l'espèce, les différents rapports médicaux constituant le rapport COMAI répondent aux exigences posées par la jurisprudence sur la valeur probante d'une expertise médicale.

Les médecins responsables ne divergent pas en ce qui concerne les conclusions finales du rapport COMAI par rapport aux conclusions de la doctoresse E_____, médecin responsable de la partie psychiatrique du rapport et celles du docteur F_____, rhumatologue. La psychiatre a retenu une incapacité de travail de l'ordre de 50% à 60%, décrivant l'assuré comme ayant une personnalité frustrée présentant des signes d'anxiété généralisée et des signes dépressifs. Elle a souligné que sa douleur digestive, intense et persistante, s'accompagnait d'un sentiment de détresse et intervenait dans un contexte de conflit émotionnel. Quant au rhumatologue, il a également mis l'accent sur l'atteinte psychique, tout en mentionnant les problèmes physiques et notamment l'éthylisme chronique stabilisé de l'assuré. Les autres médecins du COMAI ont par ailleurs tenu compte des faibles ressources adaptatives de l'assuré, qui contribuaient à limiter sa capacité de travail à environ 50%, tout en indiquant que, contrairement à l'avis du médecin traitant de l'assuré, il persistait tout de même une capacité de travail raisonnablement exigible au plan médical de l'ordre de 50%.

Ils ont aussi relevé plusieurs facteurs favorables pouvant influencer sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, notamment sa trajectoire de vie professionnelle -durant laquelle il a changé spontanément plusieurs fois d'employeur dans un but de progression - le fait que l'assuré lui-même ne se considère pas comme invalide à 100% et n'excluait pas de pouvoir effectuer un travail léger et le fait qu'il ait réussi, toujours de lui-même, à diminuer très nettement sa consommation d'alcool, malgré le contexte de douleur chronique et la présence du trouble anxio-dépressif (pièce 21, fourre 3 OCAI).

En ce qui concerne une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assuré, il est à relever que les avis postérieurs au COMAI de la doctoresse C_____ ne contiennent aucun élément nouveau indiquant une telle aggravation, bien au contraire. Le médecin traitant reprend ses premières observations et rapporte à nouveau l'état anxio-dépressif majeur du patient (pièces 24 et 27, fourre 3 OCAI). Or, les médecins en charge du COMAI ont tenu compte de cet état de fait.

En outre, le docteur G_____, du département psychiatrique de Belle-Idée, a estimé qu'il n'y avait pas d'aggravation. Il a relevé au contraire : « Après avoir arrêté sa consommation d'alcool, sa dépression s'est nettement améliorée. Le patient est plus actif, plus intéressé, avec plus de convivialité ». Il a déclaré être en accord avec le rapport COMAI, en soulignant toutefois la présence d'un trouble mental et du comportement dû à la consommation d'alcool. Or, l'éthylisme chronique stabilisé a été pris en compte lors de l'analyse du cas par les médecins du COMAI et ce diagnostic n'est dès lors pas nouveau (pièce 29, fourre 3 OCAI).

Au vu des ces divers éléments, force est de reconnaître que, d'une part, le rapport COMAI répond parfaitement aux exigences de la jurisprudence, les médecins ayant examiné en détail tant l'état de santé physique que psychique de l'assuré, et que, d'autre part, aucune aggravation n'est intervenue dans l'état de santé de l'assuré justifiant de reconsidérer les conclusions ressortant du rapport COMAI. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a retenu une capacité de travail résiduelle de l'assuré de 50%.

4. De la fixation du degré d'invalidité de l'assuré

4.1. S'agissant du droit à une rente, l'article 28 alinéa 1 LAI prévoit :

« L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme il suit, selon le degré de l'invalidité :

Degré de l'invalidité	Droit à la rente en fractions d'une rente entière
40 pour cent au moins	un quart
50 pour cent au moins	une demie
66 2/3 pour cent au moins	rente entière

L'article 28 alinéa 2 prévoit en outre que, pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalidé 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.

En ce qui concerne le calcul de l'invalidité lui-même, il n'est pas permis – exception faite d'une situation claire – de fixer sans autre un taux d'invalidité correspondant à l'incapacité de travail retenue par les médecins (RCC 1962 p. 441). L'office AI doit toujours examiner si, et au besoin dans quelle mesure, la capacité de travail résiduelle est utilisable au mieux et quel revenu pourrait ainsi être réalisé dans l'accomplissement des travaux raisonnablement exigibles.

4.2. En l'espèce, c'est à bon droit que l'intimé a fixé le degré d'invalidité à 50%. En effet, la situation de l'assuré est claire, les médecins du COMAI ayant précisé que celui-ci était en mesure de reprendre un emploi tel que celui exercé précédemment, sans nécessité de réapprendre une nouvelle profession. Nul n'est ainsi besoin de calculer tant le revenu d'invalidé que le revenu sans invalidité, le taux d'invalidité correspondant en l'occurrence au taux d'incapacité de travail retenu par les médecins.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours doit être rejeté.

**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 jugement 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. Ce mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs le recourant estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter la signature du recourant ou 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 au mémoire s'il s'agit de pièces en possession du recourant. Seront également jointes au mémoire 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

La secrétaire-juriste : Flore PRIMAULT

Le présent jugement est communiqué pour notification aux parties ainsi qu'à l'office fédérale des assurance sociales par le greffe