

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1442/2001

ATAS/359/2003

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

du 16 décembre 2003

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur O_____

recourant

contre

**OFFICE CANTONAL DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE**
Case postale 425
1211 GENEVE 13

intimé

**Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente
Mme Giovanna DESCLOUX et Mr Pierre GUERINI, Juges assesseurs**

A/1442/2001

EN FAIT

1. Monsieur O _____, né en octobre 1960, au Portugal, est venu en Suisse en 1983. Il a travaillé aussitôt comme maçon. Il a cessé toute activité lucrative depuis le 3 décembre 1997 et a déposé le 30 juin 1999 une demande auprès de l'Office cantonal AI (ci-après OCAI) visant à la prise en charge d'un reclassement dans une nouvelle profession. Il allègue souffrir du dos depuis novembre 1996.

2. La Doctoresse A _____, médecin traitant, a, dans un rapport du 19 novembre 1999 adressé à l'OCAI, posé les diagnostics suivants :

- Cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques de la colonne lombaire
- Lombalgies chroniques sur protrusions discales L4-L5, L5-S1 et sur probable instabilité lombaire – lésions dégénératives interapophysaires postérieures
- Suspicion de fibromyalgie
- Lombosciatalgies aiguës droites
- Périarthrite de la hanche droite
- Etat anxio-dépressif chronique
- Suspicion OH chronique
- Epigastralgie sur gastrite chronique avec métaplasie intestinale et dysplasie.

Le médecin estime que son patient présente une incapacité de travail de 100% du 26 mars 1998 au 31 août 1999. Elle ajoute que des mesures professionnelles seraient indiquées dès le 26 mars 1998 et qu'une activité légère sans port de lourdes charges et avec alternance des positions assise-debout serait adaptée.

3. L'OCAI a confié au Centre médical d'observation de l'AI (COMAI) un mandat d'expertise concernant l'assuré. Du rapport d'expertise établi le 12 juillet

2001, il résulte que la capacité de travail est faible dans son ancienne activité de maçon-coffreur, mais de l'ordre de 70% dans un travail adapté de travaux légers excluant le port de charges de plus de 15 kg, les mouvements répétitifs et permettant de fréquents changements de position.

Les experts ont posé les diagnostics suivants ayant répercussion sur la capacité de travail :

- Syndrome somatoforme douloureux persistant sous formes de lombalgies avec irradiations pseudo-sciatalgiques bilatérales et cervicalgies,
- état dépressif modéré sans syndrome somatique.

Le Docteur B _____, psychiatre, a estimé à 50% l'incapacité de travail, se fondant sur ces diagnostics.

Le pronostic est réservé dans la mesure notamment où il est vraisemblable que les troubles thymiques soient en premier lieu réactionnels à l'éloignement de la famille (son épouse et leurs trois enfants sont retournés au Portugal en novembre 1996). Aucune mesure d'ordre professionnelle n'est envisagée par les experts, celle-ci « nécessitant une formation qui aboutirait à coup sûr à un échec rapide chez ce patient se sentant incapable de toute activité et dans l'attente de prestations financières ». En revanche, il leur a paru qu'une aide au placement pourrait lui être accordée pour trouver un emploi de manutention simple qu'il devrait être en mesure de maîtriser rapidement.

4. Par décision du 28 septembre 2001, l'OCAI a informé Monsieur O _____ que sa demande avait été rejetée. Il a en effet considéré sur la base de l'expertise COMAI que le trouble somatoforme douloureux avec état dépressif moyen dont il souffrait n'avait pas, au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, valeur d'invalidité au sens de la LAI.

5. Monsieur O _____ a interjeté recours le 25 octobre contre ladite décision. La Doctoresse A _____ a joint au recours des renseignements

complémentaires sur l'état de santé de son patient. Elle décrit les différentes plaintes de celui-ci et conclut qu'il serait utile qu'il puisse effectuer un stage de réadaptation afin d'évaluer sa capacité de travail (cf. courrier du 30 janvier 2002).

6. Dans son préavis du 26 mars 2002, l'OCAI rappelle que postérieurement à la décision litigieuse, l'assuré lui avait adressé un certificat établi le 19 novembre 2001 par le Docteur C _____, spécialiste FMH en ORL, aux termes duquel Monsieur O _____ présentait un syndrome cervical et une hypotension orthostatique avec éventuellement une atteinte centrale qui pourrait être vasculaire, l'épreuve de ROMBERG l'évoquant, et le diabète et l'hypercholestérolémie la favorisant. L'OCAI considère dès lors qu'il serait judicieux de soumettre Monsieur O _____ à une expertise à la clinique ORL et propose la suspension du recours jusqu'à réception du rapport d'expertise.

7. Par jugement incident du 12 juin 2002, la Commission cantonale de recours AVS-AI a suspendu la procédure jusqu'à réception du rapport d'expertise.

8. L'expertise a été rendue le 18 août 2003 par le Docteur D _____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie. Le bilan otoneurologique a mis en évidence une hyporéflexie vestibulaire avec une prédominance nystagmique droite. Il a par ailleurs été constaté sur l'axe auditif une légère presbyacousie, probablement aggravée par les traumatismes acoustiques répétitifs. Selon l'expert cependant, de telles séquelles d'une atteinte vestibulaire ne sont pas un facteur limitant pour une reprise d'activité, étant toutefois précisé qu'avec cette atteinte, l'assuré ne peut travailler qu'au sol dans un emploi ne demandant pas des mouvements excessifs en particulier de la tête. Le Docteur D _____ conclut ainsi que « l'atteinte vestibulaire constatée ne justifie pas à elle seule un arrêt de travail. Par contre il ne m'appartient pas de me prononcer sur la capacité réelle de ce patient chez qui un syndrome somatoforme douloureux persistant sous forme de lombalgies avec irradiations pseudo-sciatalgiques bilatérales et cervicales constitue la plainte principale ».

9. L'OCAI a considéré que l'expertise du Docteur D_____ ne permettait pas de modifier son appréciation du cas.

10. Invité à se déterminer, le recourant a déclaré souhaiter un examen plus approfondi « afin que tous mes maux soient pris en compte » (cf. courrier du 13 octobre 2003.).

11. L'OCAI s'oppose à des examens supplémentaires, rappelant que l'assuré a été examiné par deux internistes, un rhumatologue et un psychiatre, que dès lors l'ensemble des affections dont souffre le recourant a été pris en considération.

EN DROIT

A la forme :

Le recours interjeté en temps utile auprès de la Commission cantonale de recours AVS-AI est recevable (articles 84 LAVS et 69 LAI).

La cause a été transmise d'office au présent Tribunal conformément à l'article 3, al. 3 de la loi du 14 novembre 2002 modifiant la loi sur l'organisation judiciaire (LOJ).

Au fond :

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'AVS-AI. Le cas d'espèce reste 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 ; 121 V 366).

L'article 4 al. 1 LAI définit l'invalidité comme étant 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'assuré-e a droit à une rente entière s'il-elle est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il-elle est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il-elle est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Dans les cas pénibles, une invalidité de 40% au moins ouvre droit à une demi-rente (art. 28 al. 1 bis LAI).

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-e 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-e assuré-e 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. 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-e 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-d'elle, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 1996 p. 318 consid. 2a, p. 321 consid. 1a, p. 424 consid. 1a ; RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références).

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc ; RSAS 1997 p. 75; RAMA 1996 No U 256 p. 217 et ss. consid. 5 et 6). 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, consid. 4b). A cet égard, la doctrine a décrit en détail la tâche de l'expert-e médical-e, lorsque celui-ci-celle-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant de troubles somatoformes. Selon MOSIMANN, sur le plan psychiatrique, l'expert-e doit poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur le degré de gravité de l'affection. Il-elle doit évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assuré-e d'une activité lucrative. Ce pronostic tiendra compte de divers critères, telle 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-e 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-e, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (MOSIMANN,

somatoforme Störungen : gerichte-und-[psychiatrische] Gutachten, RSAS 1999, p. 1 et ss. et 105 et ss. ; VSI 2000 p. 155 consid. 2c).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le-la juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré-e 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-e (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

En principe, le-la juge ne s'écarter pas sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert-e 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-e, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le-la juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 290 consid. 1b, 112 V 32 et ss. et les références).

En ce qui concerne, par ailleurs, 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-e 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. 297 et ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332 et ss.).

A cet égard, MEINE 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 (MEINE, l'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualités actuelles ? in RSAS 1999, p. 37 et ss.). Dans le même sens, BUEHLER 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 (BUEHLER, Erwartungen des Richters an der Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567 et ss.).

En l'espèce, il appert de l'expertise COMAI du 12 juillet 2001, que l'assuré souffre de troubles somatoformes douloureux et d'un état dépressif modéré sans syndrome somatique. Sa capacité de travail a été évaluée à 70% dans une activité adaptée de travaux légers et sans port de charges. Une seconde expertise a été établie le 18 août 2003 par un spécialiste en oto-rhino-laryngologie, aux termes de laquelle l'atteinte vestibulaire constatée ne justifie pas à elle seule un arrêt de travail ; elle implique tout au plus que l'assuré ne peut travailler qu'au sol dans un emploi ne demandant pas des mouvements excessifs en particulier de la tête.

Pour pouvoir apprécier le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, il faut, selon le TFA, que différents critères soient réunis, 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. Ces différents critères doivent se manifester chez la personne assurée avec un minimum de constance et d'intensité. Force est de constater qu'en l'espèce, les

critères posés par le TFA pour la reconnaissance du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux ne sont pas ici réalisés. Certes l'assuré présente-t-il plusieurs facteurs de risque pour un syndrome somatoforme douloureux persistant, l'état dépressif reste toutefois modéré. A cet égard le Docteur B _____ précise que l'introduction d'un traitement antidépresseur pourrait être bénéfique.

Dès lors et au vu de ce qui précède, la décision du 28 septembre 2001 niant le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, ne peut être que confirmée.

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

Statuant

A la forme :

1. Reçoit le recours;

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. 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 :

Marie-Louise QUELOZ

La présidente :

Doris WANGELER

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