RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1917/2004-2-AI **ATAS/1064/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

2ème chambre

du mardi 14 décembre 2004

En la cause

Monsieur C_____, domicilié à Genève, recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97 à Genève intimé

Siégeant : Mme Isabelle DUBOIS, Présidente, Mmes Karine STECK et Valérie MONTANI, juges.

ASTTENDU EN FAIT

Que Monsieur C_____ (ci-après le recourant), né en 1971, est au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité depuis le 1er janvier 1999, en raison d'un taux d'invalidité de 50% dû à une fibromyalgie ;

Que par courrier du 25 mai 2000, son médecin traitant le Dr L_____ a sollicité pour lui l'augmentation de sa rente au motif que son état de santé se serait « péjoré ces derniers mois », et qu'il lui paraissait très peu probable qu'il puisse être placé sur le marché de l'emploi ;

Que l'OCAI a diligenté une expertise pluridisciplinaire confiée au CENTRE D'OBSERVATION MEDICAL DE L'AI (ci-après COMAI), qui a rendu son rapport en date du 21 mai 2002 ;

Que le COMAI a retenu les diagnostics de fibromyalgie, syndrome douloureux somatoforme persistant, épisode dépressif léger avec syndrome somatique, et personnalité narcissique à traits paranoïaques ;

Qu'au terme d'un examen et d'une analyse complète et documentée, le COMAI a conclu que la capacité de travail de 50% telle que définie jusqu'alors était parfaitement justifiée, pour autant que le recourant puisse exercer une activité sans port de lourdes charges ;

Que les experts se sont écartés de la conclusion purement rhumatologique admettant une capacité de travail de 100%, au motif que le syndrome douloureux est « bien réel et limitant, associé à une personnalité pathologique » ;

Qu'ils ont également retenu que le pronostic était réservé et qu'une aggravation à terme était même à craindre ;

Que par décision du 23 septembre 2003, l'OCAI a rejeté la demande de révision sur la base des conclusions du COMAI ;

Que cette décision a été confirmée par décision sur opposition du13 juillet 2004 ;

Que dans son recours du 14 septembre 2004 le recourant se dit surpris de ce que l'OCAI n'admette pas la péjoration de son état de santé, pourtant attestée par son médecin, et produit un rapport médical du Dr M_____, rhumatologue, du 3 septembre 2004 ;

Que dans ce rapport ce praticien diagnostique une fibromyalgie, et indique avoir conseillé au recourant de reprendre une activité sportive, mais ne se détermine pas sur sa capacité de travail ;

Que dans sa réponse du 15 octobre 2004, l'OCAI conclut au rejet du recours, considérant que le rapport du Dr M_____ n'apporte pas d'éléments nouveaux et qu'il convient de suivre le COMAI ;

Que par pli du 22 octobre 2004, le Tribunal de céans a fixé un délai au 15 novembre 2004 pour consultation du dossier, après quoi la cause a été gardée à juger.

CONSIDERANT EN DROIT

Que la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, statuant en instance unique, sur les contestations en matière d'assurance-invalidité notamment (cf. art. 56V LOJ) de sorte que la compétence du Tribunal de céans est établie pour juger du cas d'espèce ;

Que la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraîne la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du 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, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA ne s'applique donc au cas d'espèce que s'agissant des règles de procédure ;

Qu'interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 et ss LPGA).

Que selon l'art. 41 LAI, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Que lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé.

Qu'en ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes

exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées.

Qu'au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

Que selon la jurisprudence, le fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par des relations de service ne permet pas pour ce seul motif de conclure à un manque d'objectivité ou d'impartialité de sa part. Il faut qu'il existe des circonstances particulières qui justifient objectivement la méfiance de l'assuré pour ce qui est de l'impartialité de l'appréciation. Le Tribunal fédéral des assurances a ainsi jugé que l'indépendance et l'impartialité des médecins du COMAI étaient garanties déjà avant l'entrée en vigueur de leur nouveau statut du 1er juin 1994 (ATF 123 V 175; cf. également RAMA 1999 n° U 332 p. 193).

Qu'en l'espèce, vu l'allégation d'aggravation par le médecin traitant, l'OCAI a diligenté, à juste titre, une expertise auprès du COMAI, dont le rapport remplit toutes les conditions susmentionnées de sorte qu'il a pleine valeur probante ;

Que certes, il ne rejoint pas les conclusions du médecin traitant, qui cependant sont sommaires et absolument pas documentées ;

Qu'en particulier ce dernier ne dit pas en quoi les conclusions des experts ne seraient pas convaincantes ;

Que par ailleurs le rapport du Dr M_____, outre qu'il est postérieur à la décision dont est recours, n'apporte aucun élément nouveau, en particulier sur la capacité de travail du recourant ;

Qu'en conclusion, c'est à juste titre que l'OCAI a rejeté la demande sur la base du rapport du COMAI ;

Que le recours sera donc rejeté.

****

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'article 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. 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 quelle 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).

Le greffier :	La Présidente :
Pierre RIES	Isabelle DUBOIS

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