

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1932/04/2/AI

ATAS/960/2004

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

2^{ème} chambre

du mardi 23 novembre 2004

En la cause

Monsieur H_____, comparant avec élection de domicile par Recourant
l'HOSPICE GENERAL

contre

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

Siégeant : Mme Isabelle Dubois, Présidente, Mmes Juliana BALDE et Karine STECK,
juges.

EN FAIT

1. Monsieur H _____ (ci-après le recourant), né en 1950, est originaire du KOSOVO et en Suisse depuis 1983. Maçon de profession, il est en incapacité de travail depuis le 13 novembre 2000.
2. En date du 23 octobre 2002, le recourant a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), visant l'octroi d'une rente, pour raison de maladie. Il renvoyait aux médecins A _____ et B _____ pour le surplus.
3. Le Dr A _____, spécialiste FMH en médecine générale, atteste dans un rapport très complet et documenté du 16 janvier 2003, d'une totale incapacité de travail depuis le 1^{er} septembre 2001. Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail sont un syndrome vertébral cervical et lombaire chronique, un état dépressif chronique et un trouble somatoforme douloureux, un acouphène et une surdité brusque de l'oreille gauche, un glaucome bilatéral et une rétinopathie débutante. L'état de santé du recourant est stationnaire. Des mesures professionnelles ne sont pas indiquées. Il relève une asthénie, une tristesse, des cauchemars, une insomnie, avec un suivi psychiatrique en consultation ambulatoire. Le pronostic est défavorable. L'état anxio-dépressif est toujours présent.

La Dresse B _____, psychiatre, a adressé son rapport médical et le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques à l'OCAI en date du 4 avril 2003. Elle diagnostique un syndrome vertébral cervical et lombaire, un état dépressif avec syndrome somatique F32.11, une surdité gauche, un glaucome bilatéral et une rétinopathie débutante. L'incapacité de travail est totale depuis 2001. Elle relève une thymie triste avec anédonie, anergie, troubles de la concentration, insomnies, sentiment d'inutilité et idées de mort, pas de symptômes psychotiques. Le traitement anti-dépresseur en cours n'a « que légèrement modifié la symptomatologie », le pronostic est réservé. Elle atteste en outre que l'incapacité de travail est due uniquement à des affections physiques ou mentales, sans facteurs extérieurs ni surmenage. Les troubles psychiques sont dus à un HTA sévère, status post-accident survenu en 1994.

4. L'OCAI a diligenté un examen psychiatrique auprès du service médical régional de l'AI (SMR LEMAN) qui a eu lieu en date du 27 novembre 2003. Dans ce rapport, il est diagnostiqué un état anxio-dépressif réactionnel depuis 2001 en rémission partielle F43.22, avec trouble somatoforme douloureux persistant. L'évolution de l'assuré paraît favorable, il n'est pas relevé de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles phobiques, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial. L'état de santé de l'assuré s'est amélioré depuis 3 mois minimum, en

conclusion de quoi le rapport mentionne une capacité de travail entière depuis « août 2003 au moins ».

5. Par décision du 10 juin 2004, l'OCAI a accordé au recourant une rente entière pour la période du 1^{er} juillet 2002 au 31 août 2003.
6. Suite à l'opposition du recourant, l'OCAI a confirmé sa décision par décision sur opposition du 16 août 2004. Se référant à la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après TFA) en matière de trouble somatoforme douloureux, et rappelant qu'une expertise est nécessaire dans un tel cas, l'OCAI considère qu'en l'espèce ce trouble n'a pas de caractère invalidant et que les documents médicaux produits en cours d'opposition n'apportent pas d'éléments nouveaux.
7. Dans son recours du 15 septembre 2004, le recourant conclut à ce que les décisions de l'OCAI soient annulées et la cause renvoyée à l'OCAI pour expertise médicale psychiatrique.

Il soutient que s'il est exact que la jurisprudence du TFA en matière de trouble somatoforme douloureux doit s'appliquer, et donc les recommandations de MOSIMANN suivies, force est de constater que l'examen du SMR LEMAN n'a pas la valeur probante requise, d'une part car certains aspects n'ont pas été examinés (par exemple la gravité du TSD, le caractère exigible d'une reprise du travail, les critères permettant de recommander le refus de rente), d'autre part car d'autres éléments ont été écartés sans aucune motivation, telle l'absence de perturbation de l'environnement psychosocial, alors que l'HOSPICE GENERAL a pu constater que le recourant vivait totalement replié sur lui-même.

8. Dans sa réponse du 29 octobre 2004, l'OCAI conclut au rejet du recours, reprenant de façon résumée ses arguments.
9. Par pli du 10 novembre 2004, le Tribunal de céans a transmis aux parties copie des écritures, et les a informées que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances

sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959.

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant 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 s'applique donc au cas d'espèce.
4. A teneur de la loi, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 LAI).

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 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; arrêt N. du 12 mars 2004, destiné à la publication, I 683/03, consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (arrêt N. précité, consid. 2.2.2).

Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (arrêt N. précité consid. 2.2.3; Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für

den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in : René Schaufhauser/Franz Schlauri (éd.), *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 64 sv., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (actuellement 8 LPGa) (voir sur ce point Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss, spéc. p. 81 sv.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi Meyer-Blaser, op. cit. p. 83, spéc. 87 sv.) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. consid. 2b et les références; arrêt N. précité consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 298 consid. 4c in fine).

Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; arrêt N. précité, consid. 2.2.3 in fine; Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss).

Selon la jurisprudence, la tâche de l'expert médical, lorsque celui-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant de troubles somatoformes, consiste à 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 psychosocial intact (Mosimann, Somatoform Störungen : Gerichte und (psychiatrische) Gutachten, RSAS 1999, p. 1 ss et 105 ss ; VSI 2000 p. 154 ss).

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. 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).

5. En l'espèce, l'OCAI n'a pas ordonné d'expertise psychiatrique, mais uniquement un examen par le SMR LEMAN dont les médecins sont liés par un rapport de travail avec l'office. Comme l'a déjà jugé le Tribunal de céans, ce fait n'enlève a priori aucunement la valeur probante de leur examen, mais il faut relever cependant qu'il ne s'agit pas de médecins indépendants, spécialistes reconnus, au sens de la jurisprudence, et donc que leur analyse ne vaut pas expertise au sens de la jurisprudence (cf. ATAS 295/03 du 27 avril 2004).

En outre, cet examen ne remplit pas en l'occurrence les critères de la jurisprudence fédérale rappelés plus haut, et n'a donc pas la valeur probante requise.

En effet, ces médecins concluent à une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique, conclusions qui sont en contradiction avec tous les rapports médicaux au dossier, en particulier celui du psychiatre. Cette contradiction ne serait en soi pas suffisante pour remettre en cause la valeur probante du rapport médical de l'administration s'il ne s'y ajoutait l'absence de toute argumentation, à ce propos comme à propos d'autres éléments retenus par ces médecins ou au contraire écartés. Par ailleurs, ces médecins affirment que l'état de santé du recourant s'est amélioré depuis « au moins trois mois » sans aucune explication sur les motifs qui les ont conduit à cette conclusion, et alors même que les deux médecins du recourant nient cette amélioration. Il est exact également que certains critères, notamment ceux relatifs à la recommandation de refus de rente, n'ont pas été examinés, ni celui de la présence ou non de ressources psychiques chez le recourant.

6. En conclusion, l'OCAI aurait dû soumettre le recourant à une expertise psychiatrique telle que la jurisprudence l'entend, par un expert neutre et indépendant, chargé d'examiner tous les éléments mentionnés plus haut. Le rapport de SMR LEMAN, en l'occurrence vu son manque de motivation et son incomplétude, est irrelevant. En conséquence, les décisions de l'OCAI seront annulées et la cause lui sera renvoyée pour expertise psychiatrique et nouvelle décision.
7. La procédure est gratuite, en ce sens qu'il n'est pas perçu d'émolument ni fixés de dépens, le recourant étant représenté par l'HOSPICE GENERAL (cf. ATF 126 V 11).

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

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule les décisions de l'OCAI des 10 juin et 16 août 2004, et renvoie le dossier à l'OCAI pour nouvelle instruction au sens des considérants.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. 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:

Pierre Ries

La Présidente :

Isabelle Dubois

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