RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2620/2004 **ATAS/1013/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 22 novembre 2005

En la cause

Monsieur D_____, domicilié au Grand-Lancy, mais comparant par Maître Florian BAIER en l'Etude duquel il élit domicile	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97 à Genève	intimé

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Karine STECK et Maya CRAMER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur D_____, né en 1951, exerçant la profession de représentant de commerce, a été victime d'un accident de la circulation le 24 mars 1992, à la suite duquel il a souffert d'un polytraumatisme doublé d'un traumatisme cranio-cérébral.

   Il a repris le travail six semaines après l'accident mais a rapidement dû réduire son temps de moitié. Au printemps 1995, il a été contraint de cesser toute activité professionnelle et son employeur l'a licencié avec effet au 29 février 1996.

   Son médecin traitant, la Doctoresse L_____, neurologue, a confirmé qu'il présentait une incapacité de travail de 100% depuis le 27 avril 1995, et de 50% dès le 1er juillet 1996, "théorique le patient étant au chômage".

2. Par décisions des 16 juin 1998, 13 avril 1999, 10 avril 2000 et 8 octobre 2002, il a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1er avril au 30 septembre 1996 et d'une demi-rente à compter du 1er octobre 1996.

3. Le 21 novembre 2000, il a déposé auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) une demande visant à la révision de son dossier, alléguant une aggravation de son état de santé. La Doctoresse L_____ a informé l'OCAI le 3 avril 2001 que "le patient estime qu'il n'est pas apte à maintenir son 50% (actuellement chez Aroma comme employé de commerce) puisqu'il doit faire une présence de 80% pour assurer un rendement de 50%". Le médecin a considéré dès lors qu'une révision de la rente à 80% d'incapacité de travail doit intervenir. Ses diagnostics sont ceux de syndrome algique post distorsion cervicale traumatique et d'état dépressif sur névrose post-traumatique.

4. Sans réponse, l'assuré a écrit à nouveau le 5 décembre 2001 et a informé l'OCAI qu'il venait de subir un nouvel accident sur son lieu de travail (chute d'une échelle) en date du 3 décembre 2001, étant précisé qu'il travaillait pour la maison Rochat SA depuis le 1er juin 2001 à 75% comme conseiller-vendeur. Il a par ailleurs rappelé qu'il avait en mars 2001 subi une greffe de la cornée.

5. L'OCAI a confié un mandat d'expertise au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). Celui-ci a établi son rapport en date du 21 juin 2004.

   Sur le plan somatique, les diagnostics de cervicalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs modérés, de lombalgies chroniques communes dans le cadre de troubles statiques modérés et de gonalgies bilatérales prédominant à gauche dans le cadre de troubles dégénératifs modérés ont été posés.

Les experts psychiatres ont diagnostiqué un trouble de la personnalité mixte, à traits narcissiques et histrioniques F 61.0 et un trouble somatoforme douloureux persistant. Ils ont retenu comme critères de bon pronostic, la capacité de l'assuré à reconstruire une famille stable ainsi que l'obtention d'un diplôme de gestion en juin 2002. Ils ont considéré que l'assuré ne présentait pas d'état dépressif (pas d'aboulie, pas d'anxiété, pas de troubles de l'appétit, troubles du sommeil tout à fait occasionnels, soutien de son épouse et de sa petite fille de quinze mois). Ils n'ont relevé ni trouble de l'appétit, ni trouble de la lignée obsessionnelle compulsive ni signe psychotique floride.

En conclusion, les experts ont constaté que l'ensemble des éléments objectifs ne permettaient pas à eux seuls d'expliquer l'importance des douleurs dont l'assuré se plaignait. Ils disent avoir l'impression que son trouble somatoforme est relativement important en raison de la multiplicité de ses plaintes et de leur répercussion, ainsi que du caractère chronique de la maladie

Ils ont cependant finalement estimé la capacité de travail résiduelle à 70% depuis le 24 mars 1992, dans le cadre d'un travail adapté tenant compte des limitations mécaniques et de la fatigabilité, étant rappelé que l'assuré semble posséder de bonnes ressources adaptatives, qu'il a montré sa capacité à mener un parcours professionnel extrêmement satisfaisant obtenant même un diplôme d'agent commercial, possédant un excellent niveau intellectuel et étant entouré par sa famille. Il a cependant été indiqué que l'assuré lui-même estimait sa capacité de travail à 0%.

6. Par décision du 13 septembre 2004, l'OCAI a refusé d'augmenter la demi-rente jusque-là servie, se fondant sur les conclusions du COMAI. Il a ainsi considéré que l'assuré pouvait exercer une activité adaptée à son état de santé à 70%, que dans ce cadre il pourrait réaliser un gain annuel de 43'852 fr. et qu'en comparaison du revenu qu'il pourrait obtenir comme agent commercial, soit 89'999 fr., la perte serait de 46'148 fr., ce qui donne un taux d'invalidité ne dépassant pas 51%.

7. Par décision du 29 novembre 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition formée par l'assuré.

8. Celui-ci, représenté par Maître Florian BAIER, a interjeté recours le 18 décembre 2004 contre ladite décision sur opposition. Il a complété ses écritures le 15 mars 2005. Considérant que l'expertise du COMAI est incomplète et conduit à une appréciation erronée de la situation, il conclut préalablement, à ce que le Tribunal de céans ordonne une expertise judiciaire menée par un chirurgien orthopédiste et un spécialiste en neurochirurgie, et principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

9. Dans son préavis du 11 février 2005, l'OCAI se borne à déclarer que l'expertise du COMAI remplit toutes les exigences retenues par le Tribunal fédéral des assurances relatives à la qualité des expertises médicales.

10. Le 15 mars 2003, l'assuré a insisté sur le fait que l'expertise du COMAI était erronée. Il en veut pour preuve le bilan radiologique réalisé le 9 septembre 2003 dans le cadre de cette expertise aux termes duquel il souffrirait d'une « minime modification dégénérative C5-C6, de spondylo-uncarthrose …. », alors que selon un scanner effectué par le Docteur M_____ le 9 mars 2005, il est en réalité atteint d'une « discopathie avec hernie discale au niveau des lombaires L3-L4 et d'une discopathie assez avancée au niveau L4-L5 ».

    L'assuré a souligné également les divergences entre les constatations des experts du COMAI, s'agissant de l'état de ses genoux, et l'IRM des 17 juillet 2002 et 23 septembre 2003. Il considère ainsi que « le COMAI est passé à côté de la réalité dans ce cas sur le plan objectif, notamment radiologique et neurochirurgical ».

11. Dans sa duplique du 4 avril 2005, parvenue au Tribunal de céans le 12 octobre 2005, l'OCAI a conclu au rejet du recours, alléguant qu'« un simple rapport de scanner, établi par un médecin qui ne connaît même pas le dossier entier, n'est pas approprié pour remettre en question l'expertise interdisciplinaire du COMAI. Celle-ci est exhaustive si bien que des investigations supplémentaires ne sont pas nécessaires ».

12. La duplique a été transmise à l'assuré et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er 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 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du

6 octobre 2000 (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 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 130 V 328 consid. 2.2 et 2.3 ; 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

4. Le recours, interjeté en temps utile, est recevable (articles 56 et 60 LPGA).

5. Selon l'art. 4 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'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

   L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

   En l'espèce, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1er avril au 30 septembre 1996, puis d'une demi-rente. Il allègue avoir subi une aggravation de son état de santé, qui justifierait l'octroi d'une rente entière. L'OCAI a cependant considéré qu'il pouvait travailler à 70% dans le cadre d'une activité adaptée.

6. Selon l'art. 41 LAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), 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).

Selon la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, peut motiver une révision.

7. Dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves notamment dans le domaine médical. Il convient de rappeler ici que selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

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). De même, il a statué qu'en matière d'assurance-accidents, l'administration et le juge des assurances sociales pouvaient, sous certaines réserves, se prononcer sur la base d'expertises réalisées par des médecins liés à l'institution d'assurance (ATF 122 V 157). La CEDH a d'ailleurs rejeté le recours déposé par l'assuré contre le jugement précité (arrêt Bicer contre la Suisse du 22 juin 1999 in JAAC 2000 138 1341). Selon la jurisprudence de la CEDH, le fait que les experts mandatés par le tribunal soient subordonnés à l'une des parties n'est en principe pas incompatible avec l'art. 6 par. 1 CEDH qui garantit le droit à un procès équitable (JAAC 1998 95 917).

En l'espèce, le rapport d'expertise établi par le COMAI est complet, bien motivé et remplit à l'évidence toutes les exigences posées par le TFA en matière de valeur probante.

8. Selon le recourant cependant, cette expertise serait erronée. Il se fonde d'une part, sur un scanner effectué par le Docteur M_____ le 9 mars 2005, et d'autre part, sur des IRM des 17 juillet 2002 et 23 septembre 2003. Il sollicite dès lors du Tribunal de céans qu'il ordonne une nouvelle expertise orthopédique et neurochirurgicale.

   Le Tribunal de céans relève à cet égard que le Docteur M_____ évoque certes l'existence d'une discopathie assez avancée, mais ajoute qu'elle n'a aucun effet compressif sur les structures nerveuses. Ce médecin indique par ailleurs que « les douleurs radiculaires proviennent selon toute vraisemblance d'une discopathie nouvelle au niveau L3-L4 » qu'il a traitée par infiltration.

   Force est également de constater que les experts du COMAI ont pris en considération les résultats des deux IRM. Ils n'ont notamment pas jugé nécessaire d'effectuer à nouveau un bilan radiologique l'IRM du 23 septembre 2003, dès lors qu' « il est hautement improbable que deux mois plus tard l'assuré ait développé une arthrose significative de ses genoux ». S'agissant de l'IRM précédent, celui du 17 juillet 2002, ils ont relevé que le Docteur N_____ avait été frappé à l'époque par l'importance de la surcharge psychique.

   Aussi, constatant que l'ensemble des éléments objectifs ne leur permettait pas d'expliquer l'ensemble des douleurs dont se plaignait l'assuré, ils sont arrivés à la conclusion que celui-ci souffrait d'un trouble somatoforme douloureux.

   Il apparaît, au vu de ce qui précède, qu'une nouvelle expertise serait superflue en l'espèce.

9. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations sociales. Il suppose en effet qu'il y ait, soit la présence manifeste d'une comorbité 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; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 in fine; Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss).

Il résulte de la partie en fait qui précède que l'assuré ne présente pas de comorbidité psychiatrique grave.

Certes la Doctoresse L_____ a-t-elle posé le diagnostic d'état dépressif sur névrose post-traumatique, elle ne le qualifie toutefois pas de sévère. Selon le TFA, quoi qu'il en soit, le diagnostic d'épisode dépressif moyen ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique, les états dépressifs constituant des manifestations réactives d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux de sorte qu'ils ne sauraient être l'objet d'un diagnostic séparé (ATFA du 2 mars 2005 cause I 690/04).

Les quatre critères décrits ci-dessus ne sont par ailleurs pas tous réunis. Si l'on peut tenir pour établie l'existence d'affections corporelles chroniques, on ne saurait retenir dans le cas de l'assuré une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, en raison principalement du soutien de sa nouvelle famille. Il ressort des conclusions des experts que l'assuré dispose encore de capacités adaptatives suffisantes pour admettre le caractère exigible d'un effort de volonté de la part de l'assuré en vue de surmonter la douleur et de se réinsérer dans un processus de travail. Dans son rapport du 3 avril 2001, la Doctoresse L_____ déclarait que son patient suivait un traitement antalgique et antidépresseur depuis mars 1992. Dans son rapport du 23 avril 2002, elle a annoncé l'échec de ce traitement antidépresseur. Il est toutefois difficile de considérer que l'état psychique serait cristallisé tant qu'une psychothérapie n'a pas été tentée.

10. Aussi le recours, mal fondé, doit-il être rejeté.

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. 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).

La greffière	La présidente
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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