

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3222/2006

ATAS/468/2007

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 26 avril 2007**

En la cause

Monsieur L\_\_\_\_\_, domicilié , LA PLAINE

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue  
de Lyon 97, case postale 425, GENEVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente, Norbert HECK et Olivier LEVY, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur L\_\_\_\_\_, né le 1962, de nationalité portugaise, a exercé la profession de chauffeur-livreur.
2. En juillet 2001, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) en invoquant un syndrome douloureux chronique du dos et du bras droit.
3. Par décision du 30 juin 2004, l'intéressé été mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2004 (compte tenu d'un degré d'invalidité de 51,26%; cf. pce 35 OCAI).
4. Cette décision d'octroi de rente a été rendue sur la base des rapports médicaux recueillis dans le cadre de l'instruction du dossier :

- Le Dr A\_\_\_\_\_, médecin-traitant de l'assuré, avait retenu les diagnostics suivants : syndrome douloureux chroniques avec cervicobrachialgies à droite et dorsalgies et état dépressif réactionnel. S'y ajoutaient, sans répercussion sur la capacité de travail, un œsophage de Barrett, connu depuis 2000, et la persistance d'un corps étranger dans l'œil gauche après un accident de chasse survenu en 1982. Ce médecin concluait à une incapacité totale de travail à compter du mois de février 2001.

- Le Dr. B\_\_\_\_\_, psychiatre à ("établissement hospitalier") avait confirmé le syndrome douloureux chronique et le trouble dépressif récurrent. Il y a ajouté un trouble de personnalité paranoïaque.

- Une expertise avait au surplus été demandée au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). Le Dr. C\_\_\_\_\_, spécialiste FHM en rhumatologie et le Dr. D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont conclu, dans leur rapport du 19 mars 2004, à une personnalité paranoïaque non compensée présente depuis la moitié de l'année 2003, à un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (moyen depuis début 2001 et léger depuis fin 2003). Ils y ont ajouté, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : un syndrome douloureux persistant présent depuis 2000, des troubles dégénératifs radiologiquement modérés du rachis dorsal présent depuis 2000, un œsophage de Barrett connu depuis 2000, et la persistance d'un corps étranger dans l'œil gauche après accident de chasse en 1982. Sur le plan physique, ils ont estimé que les atteintes organiques n'entraînaient pas de limitations significatives. En revanche, la personnalité paranoïaque non compensée et l'épisode dépressif léger engendraient des limitations quantitatives dont les médecins ont tenu compte pour fixer la capacité résiduelle de travail à 50%, précisant que l'activité exercée jusqu'alors était encore exigible à raison d'environ quatre heures par jour (pce 28 OCAI).

5. La décision de l'OCAI du 30 juin 2004 a été confirmée sur opposition le 20 octobre 2004. L'OCAI a expliqué s'être fondé, pour fixer le degré d'invalidité, sur l'expertise du COMAI, dont il a estimé, en substance, qu'elle pouvait se voir reconnaître une entière valeur probante et qu'elle était plus détaillée et circonstanciée que l'avis du médecin-traitant de l'assuré (pce 41 OCAI).
6. Le 30 mai 2006, l'assuré - auquel il avait été demandé de remplir un questionnaire dans le cadre de la procédure de révision de sa rente -, a indiqué qu'il n'exerçait plus aucune activité professionnelle. Il a produit un certificat établi par son nouveau médecin-traitant, le Dr. E\_\_\_\_\_, lequel indiquait brièvement que son patient était dans l'incapacité totale de travailler depuis juillet 2000 (pce 47 OCAI).
7. Interrogé par l'OCAI, le Dr E\_\_\_\_\_, a expliqué, dans un rapport daté du 26 juin 2006, que son patient souffrait de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique, de personnalité paranoïaque et dyssociale depuis 2000. Il a émis l'opinion que l'activité exercée précédemment par le patient n'était plus exigible, pas plus qu'une autre (pce 49 OCAI).
8. Dans un second rapport daté du 30 juin 2006, le Dr E\_\_\_\_\_ a précisé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail : trouble somatoforme douloureux, dorsalgies chroniques, trouble dépressif récurrent, personnalité paranoïaque et dyssociale, problèmes urologiques (spasticité vésicale, status post incision vésico-prostatique et douleurs testiculaires d'origine indéterminée). Il a conclu à une incapacité totale de travail à compter du 12 avril 2000.
9. L'assuré, auquel un projet de décision a été adressé en date du 7 juillet 2006 - qui concluait que son degré d'invalidité n'avait pas changé et qu'il continuerait donc à bénéficier de la même rente que jusqu'alors -, a fait part de son désaccord par courrier du 21 juillet 2006. Il a allégué que son état de santé s'était aggravé, notamment en ce qui concernait les douleurs urologiques mentionnées par le Dr E\_\_\_\_\_.
10. Le 8 août 2006, l'OCAI a rendu une décision concluant à l'absence d'aggravation de l'état de santé de l'assuré. Une demi-rente continuerait à lui être versée.
11. Par courrier du 6 octobre 2006, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en alléguant que, selon le Dr E\_\_\_\_\_, son état de santé s'est aggravé.
12. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 28 septembre 2006, a conclu au rejet du recours. Il a fait remarquer que le seul nouveau diagnostic intervenu est celui relatif aux problèmes urologiques. Or, le service médical régional AI (SMR), auquel il a été demandé si cette atteinte était susceptible d'entraîner une incapacité de travail, a estimé qu'elle ne justifiait aucune incapacité, ce qui était d'ailleurs confirmé par les activités de l'assuré, dont le Dr E\_\_\_\_\_ avait précisé qu'il se déplaçait normalement et conduisait sa voiture sur de longues distances. Aucune

notion d'aggravation récente ne ressortant du rapport du Dr E\_\_\_\_\_, le SMR en a tiré la conclusion qu'aucun changement de l'état de fait susceptible d'influencer le degré d'invalidité du recourant n'était intervenu (cf. avis établi le 25 septembre 2006 par le Dr F\_\_\_\_\_, du SMR). Le SMR a relevé que les lésions dégénératives au niveau dorso-lombaire expliquent les lombalgies, que le problème urologique ne justifie aucune incapacité de travail, que l'incapacité de travail a déjà été estimée à 100% en 2000, par le médecin traitant d'alors, le Dr A\_\_\_\_\_, mais que le COMAI ne l'a pas corroborée et n'a retenu, essentiellement pour des raisons psychiatriques, qu'une capacité résiduelle de 50% qui est certainement encore envisageable à la lecture du dernier rapport du Dr E\_\_\_\_\_.

13. Après communication de cette écriture au recourant, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. La loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire (LOJ ; E 2 O5) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, lequel, conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est donc établie.
2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi le présent recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
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 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.

Dans le cas d'espèce, les faits déterminants ayant conduit à la décision du 8 août 2006 remontent aux mois précédant la procédure de révision introduite en mai

2006. Sur le plan matériel, le cas d'espèce est donc régi par la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI) dans sa version en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003. De même, en ce qui concerne la procédure, le cas d'espèce est régi par les nouvelles règles contenues dans la LPGA et par les dispositions contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

4. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la décision du 30 juin 2004 - confirmée sur opposition le 20 octobre 2004 - lui octroyant une demi-rente d'invalidité.
5. Selon l'art. 41 LAI, dans sa teneur 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 109 V 265 consid. 4a ; 106 V 87 consid. 1a ; 105 V 30; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Le nouvel art. 17 al. 2 LPGA, qui stipule que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sur la base de l'art. 41 LAI sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATFA du 30 avril 2004, en la cause I 626/03, consid. 3.5).

En outre, selon l'art. 87 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI), la révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du degré d'invalidité ou d'impotence, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont eu connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du degré d'invalidité ou d'impotence.

6. Aux termes de l'art. 8 LPGA, 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.

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale : ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de la loi. 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 (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in: *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance 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 (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 consid. 1.2.).

Enfin, selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING / MOMBOUR / SCHMIDT [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191), sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine; Meyer-Blaser, op. cit., p. 81, note 135).

8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 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 (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

Le juge des assurances sociales 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 liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du médecin 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 et les références; 122 V 160 consid. 1c et les références).

Il convient enfin de préciser que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence).

9. En l'occurrence, l'OCAI, avant de rendre sa décision en 2004, a soumis le recourant à une expertise rhumatologique ainsi qu'à une expertise psychiatrique. C'est sur la base du rapport rendu par les experts en date du 19 mars 2004 que l'OCAI a mis l'assuré au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité.

A l'époque, ont été retenus à titre de diagnostics invalidants : une personnalité paranoïaque non compensée et un épisode dépressif léger sans syndrome somatique. Ont également été mentionnés, étant précisé qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : un syndrome douloureux persistant, des troubles dégénératifs radiologiquement modérés du rachis dorsal, un œsophage de Barrett et la persistance d'un corps étranger dans l'œil gauche. Alors même que le médecin-traitant de l'assuré concluait à une totale incapacité de travail, les experts, ont estimé que, sur le plan physique, les atteintes organiques n'entraînaient pas de limitations significatives, qu'en revanche, la personnalité paranoïaque non compensée et l'épisode dépressif léger engendraient des limitations quantitatives mais seulement à hauteur de 50% dans l'activité exercée jusqu'alors.

Certes, il ressort de l'anamnèse faite par le Dr E\_\_\_\_\_ dans son dernier rapport que les douleurs dorsales de l'assuré ont augmenté de manière très importante en parallèle avec son état dépressif qui s'est aggravé au point qu'il ait des idées de meurtre envers son patron et des idées de suicide qui ont nécessité une hospitalisation non volontaire à Belle-Idée. Le médecin fait également référence au syndrome douloureux dont il indique qu'il s'est compliqué dès 2003 de douleurs du globe oculaire gauche. Force est cependant de constater que ces faits sont antérieurs à la décision initiale de l'OCAI et qu'ils ont été pris en compte par les experts à ce moment-là. Il ne s'agit donc pas de faits nouveaux puisqu'il apparaît que le syndrome douloureux ne s'est pas aggravé postérieurement à la décision initiale.

Le seul fait nouveau intervenu depuis la décision de l'OCAI d'octroyer à l'assuré une demi-rente consiste dans les douleurs urologiques. Le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que de nombreuses investigations avaient permis de retenir le diagnostic de spasticité vésicale et de pratiquer une incision vésico-prostatique. Les troubles mictionnels se sont alors améliorés mais des douleurs ont persisté et sont restées inexplicables.

Il ressort du rapport du Dr E\_\_\_\_\_ que le syndrome douloureux a persisté mais de manière plus atténuée et a concerné alors surtout les douleurs urologiques.

Il a précisé que le patient mangeait et se déplaçait normalement, était capable de conduire sa voiture sur de longues distances et ne rencontrait ni troubles digestifs ni troubles mictionnels; il restait d'humeur dépressive.

Il ressort également de son rapport que le patient rencontre peu de troubles fonctionnels puisqu'il bouge et se déplace normalement.

Certes, le Dr E\_\_\_\_\_ conclut à des troubles somatoformes douloureux graves avec troubles psychiatriques graves mais il ressort de son rapport qu'il n'y a pas eu d'aggravation depuis la période qui a précédé la décision initiale de l'OCAI, au contraire, puisque le trouble somatoforme s'est atténué. Il s'agit donc simplement d'une appréciation médicale différente de celle des experts du COMAI, laquelle s'est vu reconnaître à l'époque entière valeur probante. Celle-ci ne saurait par ailleurs être remise en cause par le rapport du médecin traitant. Il convient de rappeler à cet égard que le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est 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. Condamne l'intimé à un émolument de 200 fr.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente :

Janine BOFFI

Karine STECK

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