

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/402/2009

ATAS/1197/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 8

du 1^{er} octobre 2009

En la cause

Monsieur S_____, domicilié au Grand-Saconnex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BROTO-ANGHELOPOULO Diane recourant

contre

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

Siégeant : Georges ZUFFEREY, Président suppléant; Teresa SOARES et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Né en 1965, Monsieur S_____ (ci-après le recourant), électricien de formation, a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI), le 22 août 2005, en raison de douleurs lombaires. Il a demandé une rééducation dans la même profession.
2. Selon le questionnaire pour l'employeur, rempli par X_____ SA le 26 septembre 2005, le recourant avait travaillé 8 heures par jour, 5 jours par semaine, du 31 mars 1999 au 5 mars 2004, en qualité de monteur-électricien, pour un salaire horaire de 28 fr. 16.
3. Dans rapport du 28 septembre 2005, la Dresse A_____, chiropraticienne, a diagnostiqué des lombalgies chroniques, ainsi qu'un syndrome facettaire L4-L5 existant depuis 2003. Selon ce médecin, le recourant était incapable de travailler à 100%, depuis le 5 mars 2004.
4. Par rapport du 24 octobre 2005, le Dr B_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a, pour sa part, diagnostiqué des lombalgies chroniques, présentes depuis septembre 2003, entraînant une incapacité complète de travail depuis le 8 mars 2004.
5. L'assuré a été soumis à une expertise médicale. Le 21 mai 2007, le Dr C_____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, a rendu son rapport d'expertise.

Au vu d'un résumé médical, d'une anamnèse détaillée, des indications fournies par la recourante et d'un status clinique, le rapport d'expertise faisait état des diagnostics, avec des répercussions sur la capacité de travail du recourant, suivants : lombalgies non spécifiques et chroniques, majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, et syndrome douloureux somatoforme persistant. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert a posé les diagnostics d'une probable insuffisance aortique, et de troubles circulatoires périphériques.

Au chapitre des influences sur la capacité de travail, l'expert a retenu que dans une activité adaptée, comme monteur en tableaux électriques, le recourant pouvait travailler à plein temps.

6. Par avis du 6 juillet 2007, le SERVICE MEDICAL REGIONAL (ci-après le SMR) a indiqué qu'en raison de la présence d'un trouble somatoforme douloureux, une expertise psychiatrique devait être mise en place.
7. Le 15 février 2008, le CENTRE MEDICAL DE PSYCHOTHERAPIE COGNITIVE (ci-après le CMPC) a rendu un rapport d'expertise psychiatrique se

basant sur un entretien avec le recourant, sur des tests psychométriques et leurs corrections, ainsi que sur les documents que l'OCAI avait fournis.

Au vu d'une anamnèse complète, des indications subjectives du recourant et des constatations objectives, l'expert a diagnostiqué : un trouble somatoforme douloureux, quelques traits de personnalité passive dépendante, ainsi que des difficultés sociales, professionnelles et économiques.

Au chapitre de la discussion, l'expert indiquait que, du point de vue psychopathologique, le recourant ne présentait aucune symptomatologie psychique significative, tel un trouble dépressif ou anxieux, de symptômes psychotiques, ou de maladie de la dépendance notamment.

Au niveau de l'influence sur la capacité de travail, l'expert indiquait que les troubles dont le recourant souffrait n'influaient en rien sa capacité de travail, d'un point de vue psychiatrique.

8. Par avis du 3 mars 2008, le SMR a indiqué que l'expertise psychiatrique ne donnait aucune incapacité de travail du point de vue psychique, et que l'état physique du recourant était compatible avec une activité épargnant les gros efforts, ce qui n'était pas le cas pour un monteur en tableaux électroniques, ou pour tout travail d'atelier. Pour le surplus, le recourant n'était pas motivé pour reprendre le travail, de sorte qu'une aide au placement ne servirait à rien, sauf changement notable et tangible de son comportement.
9. Par projet de décision du 3 novembre 2008, l'OCAI a refusé tout droit à des prestations, au motif que selon les rapports d'expertise, la capacité de travail du recourant était entière dans son activité habituelle d'électricien. Sur demande écrite et motivée du recourant, il se disait cependant prêt à examiner un éventuel droit à une aide au placement, pour autant que ce dernier participât activement aux mesures proposées, en faisant lui-même des recherches d'emploi, et justifiât des efforts consentis à cet égard, conformément aux exigences légales.
10. Par décision du 16 janvier 2009, l'OCAI a confirmé son projet de décision et refusé tout droit à des prestations.
11. Le 26 janvier 2009, l'OCAI a reçu plusieurs documents médicaux provenant du recourant, notamment un rapport d'un séjour médical, établi par le Dr D_____, spécialiste FMH en rhumatologie, datant du 13 juin 2006, qui indiquait que le recourant souffrait d'un syndrome lombo-vertébral chronique, d'un status après bloc facettaire et thermo-coagulation au niveau lombaire en 2005 et d'un état anxieux. Un autre rapport médical, non daté, de la Dresse A_____, établissait les diagnostics de lombalgies chroniques et de syndrome facettaire L4-L5.

12. Le recourant a interjeté recours en date du 9 février 2009, complété par courrier du 4 mai 2009, concluant, préalablement, à l'ordonnance d'une contre-expertise rhumatologique, à l'audition de ses médecins traitants, soit des Drs A_____ et B_____, et principalement à l'annulation de la décision du 16 janvier 2009, à l'octroi d'une rente dont le degré devrait être fixé après instruction complémentaire et, subsidiairement, à l'octroi de mesures de réorientation professionnelle, avec suite de frais et dépens.
13. Par réponse du 19 mai 2009, l'OCAI a conclu au rejet du recours, au motif que les deux expertises médicales remplissaient les conditions jurisprudentielles concernant la valeur probante des actes médicaux.
14. Par courrier du 19 juin 2009, le recourant a intégralement persisté dans ses arguments et conclusions exposés dans son mémoire completif du 4 mai 2009.
15. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, s'applique au cas d'espèce.
3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1^{er} LPGA et 4 al. 1^{er} LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

S'agissant du droit aux prestations, on rappellera brièvement que selon l'art. 28 al. 1^{er} LAI (dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de

rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Selon l'art. 29 al. 1^{er} LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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 sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3).

Le juge ne s'écarte en principe pas, sans motifs impératifs, des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert 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 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, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des

conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration ou le juge sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence).

Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a, en principe, le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît

disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le Tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

7. En l'espèce, l'expertise médicale du Dr C_____ se fonde, notamment, sur le dossier médical du recourant, sur un entretien avec celui-ci, sur une anamnèse complète, sur ses antécédents médicaux, sur ses plaintes ainsi que sur un statut clinique.

Au niveau des diagnostics et de leur influence sur la capacité de travail, les conclusions sont claires et motivées.

En revanche, les remarques des médecins traitants, les Drs A_____ et B_____, ne sauraient remettre en question les conclusions motivées et convaincantes de l'expertise.

Les conditions jurisprudentielles quant à la valeur probante d'une expertise sont bien remplies, et le Tribunal suivra donc ses conclusions, qui sont une pleine capacité de travail dans l'activité de monteur en tableaux électriques, sans diminution de rendement. En conséquence, l'ordonnance d'une contre expertise et l'audition des médecins traitants ne sont pas nécessaires.

8. Concernant l'expertise psychiatrique du CMPC, il apparaît qu'au regard des principes qui ont été rappelés sous le point 6, le rapport d'expertise établi par le Dr E_____ le 15 février 2008 remplit, tout comme l'expertise du Dr C_____, les conditions de forme et de fond posées par la jurisprudence pour en admettre la pleine valeur probante.

L'expertise conduite par ce praticien se fonde notamment sur un entretien passé avec le recourant, sur des examens psychiques étendus, sur une anamnèse personnelle, professionnelle et sociale détaillée, sur ses antécédents, sur les plaintes exprimées par le recourant et sur une description soigneuse des constatations objectives.

Au sujet des influences sur la capacité de travail, les conclusions sont claires, sans contradiction. Du reste, le recourant n'invoque pas dans son recours ni d'éventuelles

irrégularités dans l'expertise, ni souffrir de problèmes psychiques. Le rapport d'expertise psychiatrique offre ainsi une appréciation d'ensemble cohérente et digne de foi.

Le Tribunal confirme la valeur probante de l'expertise psychiatrique du CMPC, ainsi que celle du Dr C _____, qui confirment, toutes les deux, la pleine capacité de travail du recourant dans son activité de monteur-électricien.

Dès lors, la décision litigieuse de l'OCAI est confirmée, et le droit à des prestations de l'assurance-invalidité refusé.

9. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité et entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Il sera donc perçu un émolument, fixé à 200 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
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 ; RS 173.110); 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

Le président suppléant

Florence SCHMUTZ

Georges ZUFFEREY

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