RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/821/2004 **ATAS/647/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 10 août 2005

En la cause

Monsieur L_____	Recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	Intimé

Siégeant : Mme Juliana BALDE, Présidente, Mmes Karine STECK et Maya CRAMER , Juges

EN FAIT

1. Monsieur L_____, né en octobre 1957, de nationalité marocaine, divorcé, est arrivé en Suisse en 1990. Comptable de formation dans son pays, il a travaillé à Genève en qualité de magasinier auprès des Hôpitaux universitaires genevois (HUG) depuis le 7 mars 1994.

2. En raison de diverses plaintes somatiques et psychiques, l'intéressé a cessé toute activité lucrative depuis le 20 mars 2000 et a épuisé son droit aux prestations en cas de maladie le 21 septembre 2001. Dès le 22 septembre 2001, la Caisse de Prévoyance du personnel des établissements médicaux du canton de Genève, (CEH) lui a versé, à titre provisoire, une rente d'invalidité de 100 %.

3. L'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal AI (ci-après OCAI) en date du 9 novembre 2000 : il indiquait souffrir d'un état dépressif ainsi que de névralgie cervicale et sollicitait un reclassement dans une nouvelle profession.

4. Dans son rapport à l'attention de l'OCAI du 8 janvier 2001, le Docteur A_____, médecine générale FMH, a indiqué que son patient souffrait d'une atteinte à la santé depuis 1998, sous forme de plaintes somatiques variées, et de structure de caractère. Il a précisé que le patient lui avait été adressé par le psychiatre, pour qu'il dispose d'un point de chute pour ses plaintes somatiques et pour limiter le vagabondage médical. Selon lui, l'incapacité de travail était de 100 % de mai 1999 à novembre 1999, et à nouveau depuis le mois d'avril 2000. La poursuite de l'activité de magasinier était impossible, mais l'intéressé pouvait exercer une activité à la demi-journée, en évitant les positions à genoux, accroupie, les horaires irréguliers, le travail en hauteur et le port de charges de plus de 15 kg.

5. Le Docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a refusé de remplir le questionnaire médical, au motif qu'une demande AI ne lui semblait pas indiquée dans sa situation et que le patient avait cessé de venir à sa consultation, sans explication et sans régler ses notes d'honoraires.

6. Le 10 octobre 2001, le Docteur A_____ a établi un rapport intermédiaire, aux termes duquel l'état de santé de son patient était stationnaire, qu'il lui était impossible de poursuivre l'activité exercée auparavant et qu'une autre activité était souhaitable, sans surcharge physique, à 50 %, l'assuré étant au surplus « fragile psychosomatiquement ».

7. Le Service médical régional AI (SMR) a proposé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique qui a été confiée à la Doctoresse C_____. Dans son rapport du 24 novembre 2003, celle-ci a mentionné que l'assuré se plaignait de douleurs de la tête et des membres, ainsi que d'insomnies. Au status clinique, il n'a pas été mis en

évidence de phénomènes de la lignée psychotique, ni de trouble de la concentration ou de la mémoire, mais des attitudes anxieuses plus importantes que la norme. Il n'avait pas d'idée suicidaire. Elle a posé le diagnostic de trouble anxieux, F.49.9 selon CIM-10 ; le diagnostic d'état dépressif n'a pas été posé, car l'assuré n'en remplissait pas les critères. En conclusion, il ne présentait pas de limitation en lien avec un trouble psychique.

8. Par décision du 2 février 2004, l'OCAI a refusé à l'intéressé l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession, au motif qu'il ne présentait aucune atteinte à la santé susceptible d'entraîner une incapacité de travail.

9. L'opposition formée par l'intéressé a été rejetée par l'OCAI le 23 mars 2004.

10. Par acte du 22 avril 2004, l'assuré a interjeté recours, faisant valoir qu'il était toujours malade, souffrant notamment de fatigue profonde, de douleurs générales, d'insomnie et d'un état dépressif.

11. Dans sa réponse du 18 mai 2004, l'OCAI a conclu au rejet du recours, se référant à ses décisions et aux pièces versées au dossier.

12. Chacune des parties a persisté dans ses conclusions. Sur quoi, la cause a été 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 sociale 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 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Aussi, le cas d'espèce reste-t-il régi par la législatin en vigueur jsuqu'au 31 décembre 2002. 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.

   Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. 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).

   Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur valable jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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 ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins.

   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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1).

   La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à

des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

5. En l'espèce, le Docteur A_____ a indiqué dans son rapport du 8 janvier 2001 que le patient souffrait de plaintes somatiques variées, non objectivées par les nombreuses investigations pratiquées. L'activité de magasinier n'était plus possible, en raison des problèmes rhumatologiques, mais la capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée qui respecte les limitations fonctionnelles, à savoir la positon à genoux, accroupie, le travail en hauteur, le port de charges supérieures à 15 kg. L'incapacité de travail était de 100 % de mai à novembre 1999, de 0 % de décembre 1999 à avril 2000 et à nouveau de 100 % dès le mois de mai 2000, pour une durée indéterminée. Il renvoyait pour le surplus au rapport du psychiatre.

   Le Docteur B_____, psychiatre, n'a pas établi de rapport médical à l'attention de l'OCAI, d'une part parce que la demande de l'AI ne lui semblait pas être indiquée dans la situation du recourant et d'autre part, parce que le patient n'était plus revenu à sa consultation, sans explication et sans régler ses notes d'honoraires.

   Dans son rapport intermédiaire du 10 octobre 2001, le Docteur A_____ a déclaré que l'état de santé du recourant était stationnaire, qu'il n'y avait pas de changement de diagnostic et que l'assuré avait besoin d'un soutien psychothérapeutique et médicamenteux. L'activité actuelle n'était plus possible, mais l'assuré pouvait exercer une activité sans surcharge physique, à 50 %, qui tienne compte de sa fragilité psychosomatique.

Le Tribunal de céans constate que le Docteur A_____ n'a pas posé de diagnostic précis quant à la nature des troubles somatiques présentés par le recourant, se bornant à relever les diverses plaintes émises par ce dernier.

6. Mandatée par l'OCAI, la Dresse C_____ a procédé à l'expertise psychiatrique du recourant avec lequel elle eu deux entretiens, en date des 10 et 11 novembre 2003. Elle a relevé que le discours du recourant était calme, fluide, adéquat et cohérent. L'assuré était bien orienté dans le temps et dans l'espace. Il n'avait aucune idée suicidaire, ni de comportement à risques. Il n'a pas été relevé de phénomènes de la lignée psychotique, ni de trouble de la concentration ou de la mémoire. Les troubles du sommeil décrits par le recourant faisaient plutôt penser à une mauvaise qualité de sommeil, non reposant et laissant l'impression de ne pas dormir. L'assuré se décrivait comme ayant toujours été solitaire et ayant toujours eu peu d'amis.

   La Dresse C_____ a posé le diagnostic de trouble anxieux (F 41.9 selon CIM – 10). Dans l'appréciation du cas, elle a relevé qu'une fois établi que les plaintes somatiques n'ont pas de substrat réel, on pourrait poser un diagnostic de troubles somatoforme douloureux : dans ce cas, les conséquences sur le plan social sont assez bénignes, l'expertisé n'ayant pas radicalement modifié sa façon de vivre sur le plan social et les conséquences d'un tel diagnostic ne sont présentes que sur le plan professionnel. L'expert n'a pas retenu le diagnostic d'état dépressif, les critères selon CIM-10 n'étant point remplis et en tenant compte que l'assuré était sous traitement antidépresseur efficace. En conclusion, le recourant ne présentait aucune limitation de sa capacité de travail en relation avec un trouble psychique et il était capable de s'adapter à son environnement professionnel.

   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; ATF 130 V 352 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 (ATF 130 V 352 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 (ATF 130 V 352 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 Schauffhauser/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 (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; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 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 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).

En l'espèce, force est de constater que même si l'on retenait le diagnostic de trouble somatoforme douloureux évoqué par la Dresse C_____, il ne peut être considéré comme invalidant, dès lors que les critères susmentionnés ne sont pas remplis.

7. Le recours, mal fondé, doit 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).

Le greffier — La présidente

Pierre RIES — Juliana BALDE

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