

GE_GERICHTE ATAS/1469/2008 vom 9. Dezember 2008

GE Cour de justice, 2008-12-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1469_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1469/2008 du 9 décembre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1469/2008 del 9 dicembre 2008

Erwägungen

E. 19

Suite à la remise à l'assuré du questionnaire de révision de la rente d'invalidité, celui-ci a, en date du 6 août 2007, informé l'OCAI qu'il considérait que son incapacité de travail était toujours de 50%.

E. 20

Par rapport du 16 août 2007, la Dresse C_____ a estimé que l'assuré était toujours en incapacité totale de travail dans l'activité de manœuvre, mais également dans toute autre activité, en raison d'un syndrome douloureux chronique et de l'état dépressif sévère. Les troubles dégénératifs du rachis étaient déjà présents depuis huit ans. L'état de santé était stationnaire.

E. 21

Par rapport du 10 septembre 2007, le Dr D_____ a diagnostiqué des cervicobrachialgies droites depuis 2000, avec aggravation depuis 2002 et un épisode dépressif moyen depuis 2002. Sa capacité de travail était nulle depuis 2002. Il a également indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, que l'assuré était ralenti, qu'il se plaignait de fatigue, de découragement, de douleurs à la colonne cervicale et lombaire, au bras droit et à la jambe droite, de fourmillements aux jambes et d'une oppression thoracique et qu'il présentait une thymie abaissée. Enfin, le Dr D_____ a informé l'OCAI qu'il n'avait pas assez d'éléments pour se prononcer sur les questions figurant dans l'annexe au rapport médical concernant la réinsertion professionnelle, n'ayant pas vu l'assuré depuis le mois de novembre 2006.

A/2368/2008 - 6/16 -

E. 22

Sur demande de l'OCAI, le Dr J_____, spécialiste en psychiatrie et examinateur SMR, a effectué un examen psychiatrique en date du 15 février 2008 et a rendu son rapport le 26 février 2008. Il a posé les diagnostics de dysthymie (F34.1) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F44.4), diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. L'examineur a effectué une anamnèse familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique et a exposé les plaintes de l'assuré. Il en ressortait notamment qu'il se levait vers 9h00, se préparait, prenait le petit déjeuner avec son épouse, sortait faire quelques courses et regardait la télévision ou lisait un journal sportif durant la matinée. Il mangeait avec son épouse à midi, lavait la vaisselle, puis passait l'après-midi à regarder la télévision, se promener dans un jardin public ou voir des amis notamment pour se rendre au centre culturel portugais. De plus, il a décrit qu'il avait des relations proches et stables avec les membres de sa famille qui vivaient au Portugal et qu'il rencontrait régulièrement ses amis

portugais à Genève. Le soir, il dînait à 20h00 en compagnie de son épouse, de sa nièce et de son époux, puis regardait la télévision et se couchait vers 22h30. L'assuré a indiqué aimer cuisiner, en revanche, le ménage était effectué par son épouse et sa nièce. Il a précisé à l'examineur que ses enfants vivaient auprès de sa famille au Portugal, car sa situation financière était précaire en Suisse. La séparation étant difficilement supportée, l'assuré envisageait le retour de ses enfants en été 2008 ainsi que la reprise d'un travail pour améliorer la situation financière de sa famille. Selon lui, ses douleurs constituaient la principale limitation de sa capacité de travail. L'assuré était suivi sur le plan psychiatrique par le "Dr K _____" (orthographe incertaine, l'assuré ne s'en rappelant plus) à raison de deux fois par mois. Sur le plan psychiatrique, l'examineur a notamment exposé que l'assuré ne présentait pas de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles phobiques ou de la personnalité morbide ou encore de perturbation sévère de l'environnement psychosocial. Le diagnostic d'état dépressif conformément à la CIM-10 n'a pas été retenu, attendu qu'il n'existait pas de diminution de l'intérêt et du plaisir ou de l'énergie entraînant une augmentation de la fatigabilité, ou encore de diminution de la concentration et de l'attention, d'idées de culpabilité ou de dévalorisation et d'idées suicidaires ou auto-agressives. La thymie était légèrement déprimée avec des baisses de l'humeur à l'évocation de ses douleurs corporelles et de sa vie, toutefois, son humeur se stabilisait dès que des sujets comme ses enfants, les bonnes relations familiales ou amicales étaient abordés. L'assuré a plaisanté en racontant des épisodes de sa vie conjugale. En outre, l'examineur a noté l'absence d'épisodes dépressifs séparés par des périodes de rémission, de sorte qu'il a écarté le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Enfin, l'examineur n'a pas non plus retenu un trouble dépressif moyen ou léger, l'assuré souffrant d'une dépression chronique de l'humeur, dont la sévérité était insuffisante pour justifier ce diagnostic. Par ailleurs, l'examineur a expliqué que l'assuré pouvait se sentir bien physiquement durant quelques semaines, pour retourner au Portugal, par exemple,

A/2368/2008 - 7/16 - mais qu'il ruminait souvent, se plaignait, dormait mal et avait perdu confiance en lui-même, alors même qu'il pouvait faire face aux exigences de sa vie quotidienne et maintenir des contacts sociaux ou encore envisager de retrouver un travail, afin que la situation financière de sa famille puisse s'améliorer. Il a conclu au diagnostic de dysthymie, toutefois, par le passé, l'assuré a pu présenter un épisode dépressif, et en particulier lorsque cet état s'est installé. Le tableau clinique de l'assuré apparaissait actuellement comme cicatriciel d'un épisode dépressif antérieur. L'examineur a également expliqué que les plaintes de l'assuré concernaient principalement une douleur intense et persistante, non expliquée par un processus physiologique, s'accompagnant d'un sentiment de détresse et survenue dans le cadre de problèmes psychosociaux, de sorte que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant a été posé. L'assuré a constaté une fluctuation de son humeur en fonction de ses douleurs corporelles avec des ruminations existentielles et des angoisses survenant en réaction à l'aggravation des douleurs. Ainsi, l'examineur a conclu que les symptômes dépressifs décrits par l'assuré constituaient des manifestations réactives d'accompagnement du syndrome douloureux somatoforme persistant, de sorte que ces symptômes n'étaient pas constitutifs d'une comorbidité psychiatrique autonome. Aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique n'était retenue. Enfin, l'examineur a constaté une rémission de l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique présent depuis août 2002 qui avait engendré une incapacité de travail de 50%. Cette amélioration se manifestait notamment par des voyages au Portugal ou par le projet de reprise d'une activité lucrative. La capacité de travail de l'assuré était ainsi entière

depuis décembre 2007 tant dans sa précédente activité que dans toute activité adaptée aux éventuelles limitations fonctionnelles somatiques.

E. 23

Par projet de décision du 25 avril 2008, l'OCAI a, se basant sur le rapport psychiatrique, supprimé la demi-rente de l'assuré et octroyé une mesure d'aide au placement soumise à la condition d'une demande dûment motivée.

E. 24

Par décision du 27 mai 2008, l'OCAI a confirmé son projet de décision précité.

E. 25

Par acte du 23 juin 2008 reçu le 27 juin 2008 par l'OCAI, l'assuré a fait opposition à l'encontre de la décision du 27 juin 2008 par devant l'OCAI concluant au maintien de sa demi-rente. Il a contesté les conclusions de l'expertise psychiatrique et a estimé que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis 2002. En effet, il considérait que le syndrome douloureux chronique et la dépression dont il souffrait étaient invalidants et que son état de santé ne lui permettait pas de reprendre une activité professionnelle.

A/2368/2008 - 8/16 -

E. 26

Par courrier du 1er juillet 2008, l'OCAI a transmis d'office le courrier de l'assuré du 23 juin 2008 au Tribunal de céans, qui l'a traité comme un recours à l'encontre de la décision de l'OCAI du 27 mai 2008.

E. 27

Par réponse du 26 août 2008, l'OCAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 27 mai 2008, considérant notamment que le rapport d'examen du SMR avait pleine valeur probante.

E. 28

Par courrier du 30 septembre 2008, la Dresse C_____ a constaté que l'état dépressif de l'assuré, soit notamment son aboulie, sa tendance au mutisme et ses troubles du sommeil, ne s'étaient pas améliorés, et ce malgré un suivi psychothérapeutique et des traitements médicamenteux adaptés.

E. 29

Suite à transmission de ce courrier à l'OCAI en date du 3 octobre 2008, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (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 fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. 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 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2;

ATF 129 V 4 consid. 1.2; 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. 3. Le recours a été transmis d'office à la juridiction administrative compétente conformément à l'art. 64 al. 2 de la loi genevoise sur la procédure administrative (ci-après LPA) et a été déposé dans les formes et délais légaux, de sorte qu'il est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

A/2368/2008 - 9/16 - 4. La question litigieuse porte sur le point de savoir si l'OCAI était fondé, par décision du 27 mai 2008, à supprimer la demi-rente d'invalidité de l'assuré, et ce en raison d'une amélioration notable de son état de santé. 5. Selon l'art. 17 LPGA, 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. 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 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Pour savoir si l'état de santé de l'assuré s'est modifié entre la décision d'octroi de la rente et celle de la suppression, il s'agit de comparer les faits essentiellement du point de vue médical, tels qu'ils étaient au moment des deux décisions respectives. Le Tribunal doit ainsi s'instruire en prenant connaissance des diverses pièces médicales versées à la procédure devant lui par les parties, et juger du poids respectif de celles-ci. La plupart des éventualités assurées (par exemple l'invalidité) 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). 6. En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière

A/2368/2008 - 10/16 - 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. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. 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 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). En principe, l'administration (ou le juge en cas de recours) ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à disposition de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou que d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert permettant une interprétation divergente des conclusions de ce dernier, ou au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). 7. En l'espèce, il faut comparer l'état de santé de l'assuré au moment de l'octroi par l'OCAI de la demi-rente d'invalidité et au moment de sa suppression.

A/2368/2008 - 11/16 - 8. Suite à la demande de prestations déposée par l'assuré dans le courant du mois de juin 2003, les médecins traitants consultés avaient notamment indiqué qu'il souffrait d'un état dépressif moyen, de troubles dégénératifs du rachis ou encore de cervicobrachialgies. Quant à l'expertise interdisciplinaire, il en ressortait que bien que le assuré présentait des douleurs au rachis avec irradiations douloureuses dans les membres droits, le seul diagnostic ayant des répercussions sur sa capacité de travail était un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) présent depuis au moins deux ans. Les experts psychiatre et rhumatologue avaient évalué sa capacité de travail à 50% dans l'activité précédente et dans toute autre activité. L'OCAI avait alors octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité basée sur cette expertise. Ainsi, cette demi-rente d'invalidité avait-elle été principalement accordée à l'assuré en raison de motifs psychiatriques. Dans le cadre de la procédure de révision, l'assuré a été soumis à un examen psychiatrique par un médecin psychiatre et examinateur au SMR, qui a diagnostiqué une dysthymie (F34.1) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F44.4), n'ayant tous deux pas de répercussion sur la capacité de travail. En effet, bien que sa thymie soit légèrement

déprimée avec des baisses de l'humeur à l'évocation de ses douleurs par exemple, il ne présentait notamment pas de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles phobiques, de troubles de la personnalité, de perturbation sévère de l'environnement psychosocial ou encore d'important abaissement de l'humeur, du plaisir ou de l'énergie. De plus, l'examineur a également remarqué que, d'une part, l'assuré se plaignait souvent de douleurs intenses ou avait perdu confiance en lui-même, mais que d'autre part, il pouvait également se sentir bien physiquement pendant quelques semaines pour entreprendre des voyages et faisait face aux exigences de la vie. Il a également constaté la rémission de l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique présent depuis 2002. Il a ainsi considéré qu'il n'existait aucune limitation sur le plan psychiatrique et que la capacité de travail de l'assuré était entière tant dans l'activité précédemment exercée que dans une activité adaptée. Ce rapport se base sur une anamnèse détaillée, prend en considération les plaintes de l'assuré et expose et apprécie la situation médicale dans laquelle celui-ci se trouve. Ses diagnostics sont précis. L'examineur explique, en effet, pour quelle raison il retient la dysthymie et le syndrome douloureux somatoforme et écarte le trouble dépressif récurrent moyen ou léger. De plus, ses conclusions sont claires et son rapport est exempt de contradictions ou de jugements de valeur. La pleine valeur probante de ce rapport ne peut qu'être constatée. Les conclusions de ce rapport psychiatrique convainquent le Tribunal, de sorte qu'il convient de constater que l'état de santé psychique de l'assuré s'est notablement

A/2368/2008 - 12/16 - amélioré depuis la décision d'octroi de la demi-rente à l'assuré en date du 14 février 2006. 9. Reste à déterminer si les conclusions des autres médecins permettraient de mettre en doute la valeur probante du rapport de l'examineur psychiatre. La Dresse C _____, neurologue et médecin traitant de l'assuré, a retenu comme l'examineur SMR un trouble somatoforme douloureux, mais également un état dépressif sévère, qui ne s'était pas amélioré malgré les traitements médicamenteux et le suivi psychothérapeutique. Le Dr D _____, psychiatre ayant suivi l'assuré jusqu'en novembre 2006, a posé les diagnostics de cervicobrachialgies droites et d'épisode dépressif moyen. Les deux médecins traitants de l'assuré, qui d'après la jurisprudence sont enclin, selon l'expérience, en cas de doute à prendre parti pour leur patient (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2) ont tous deux estimé que la capacité de travail de l'assuré était toujours nulle. Toutefois, ces rapports succincts dont il ressort notamment qu'un syndrome douloureux somatoforme existe bel et bien ne remettent pas sérieusement en cause les conclusions bien motivées du rapport d'examen du SMR, de sorte qu'il convient de ne pas s'en écarter. Il sera encore relevé que le dossier de l'assuré permet de retenir qu'entre 2003 et 2006, celui-ci était introverti, avait des difficultés de communication, qu'il ne s'exprimait qu'en présence de son épouse, qu'il ne sortait de chez lui que pour acheter du pain et qu'il n'avait pas d'amis à Genève. Les déclarations de l'assuré en février 2008, soit le fait qu'il aime faire la cuisine, qu'il se promène au parc ou rencontre des amis portugais vivant à Genève et qu'il souhaite recommencer à travailler pour améliorer la situation financière de sa famille, confortent le Tribunal dans le fait que son état de santé psychique s'est amélioré. 10. Bien que le rapport d'examen psychiatrique ait pleine valeur probante et qu'il existe une amélioration de l'état de santé psychique de l'assuré, il y a encore lieu de déterminer si le syndrome douloureux somatoforme persistant présente un caractère invalidant. 11. Parmi les atteintes à la santé psychique qui peuvent provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui

équivalent à des maladies. D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49), la reconnaissance de l'existence 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).

A/2368/2008 - 13/16 - 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). Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F]*, 4^{ème} édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne

A/2368/2008 - 14/16 - constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 81, note 135). 12. En

l'espèce, l'examineur du SMR n'a retenu qu'une dysthymie. Il n'existe ainsi pas de comorbidité psychiatrique grave, de sorte que les autres critères pour que le caractère invalidant du syndrome somatoforme douloureux persistant puisse être retenu doivent être examinés. Le fait que l'assuré souffre d'affections corporelles chroniques est établi. En effet, les médecins ont relevé que depuis 2002, il présentait notamment des troubles du rachis cervical ou encore de problèmes lombaires. Cependant, l'assuré est bien intégré socialement, étant entouré par sa famille et ayant des contacts réguliers avec ses amis portugais. Il ne peut pas non plus être conclu à un état psychique cristallisé, sans évolution possible sur le plan thérapeutique ou à l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, attendu que son état psychique s'est largement amélioré depuis août 2002. Ainsi, l'OCAI a considéré avec raison que le syndrome somatoforme douloureux n'avait pas de caractère invalidant. 13. Par conséquent et au vu de tout ce qui précède, il doit être retenu que l'assuré présente bel et bien une pleine capacité de travail dans toute activité lucrative et qu'il est raisonnable d'exiger de lui qu'il fournisse un effort de volonté pour réintégrer le processus de travail. 14. Cela étant, s'il y a lieu de suivre les conclusions du rapport de l'examineur du SMR, la capacité de travail de l'assuré est actuellement théorique, attendu qu'il n'a plus travaillé depuis août 2002. Le Tribunal de céans prend note du fait que l'OCAI a, dans sa décision du 27 mai 2008, octroyé une mesure d'aide au placement soumise à la condition d'une demande dûment motivée de l'assuré. L'aide au placement est prévue à l'art. 18 LAI. Dans la perspective de la cinquième révision de la LAI, la mesure d'aide au placement a été élargie et permet de prévoir une courte période d'observation professionnelle et d'entraînement au travail. En l'espèce, une telle mesure devra être mise en place en faveur de l'assuré. Le service de réadaptation de l'OCAI devra ainsi aider l'assuré à atteindre un taux d'activité de 100% et l'aider dans ses recherches d'emploi, et ce d'autant plus que ses connaissances en français sont limitées et que son parcours scolaire est minimal.

A/2368/2008 - 15/16 - 15. Ainsi, la décision de l'OCAI du 27 mai 2008 supprimant la demi-rente d'invalidité de l'assuré dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (cf. art. 88a RAI) sera confirmée et l'OCAI invité à mettre en place une mesure d'aide au placement. 16. Attendu que la mesure précitée a été accordée à l'assuré, il sera renoncé à tout émolument.

A/2368/2008 - 16/16 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.