

GE_GERICHTE A/1715/2008 vom 8. Oktober 2009

GE Cour de justice, 2009-10-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1715_2008

FR: GE_GERICHTE A/1715/2008 du 8 octobre 2009

IT: GE_GERICHTE A/1715/2008 del 8 ottobre 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 08.10.2009
A/1715/2008

A/1715/2008 ATAS/1252/2009 du 08.10.2009 (AI) , REJETE Recours TF déposé le 26.11.2009, rendu le 10.02.2010, REJETE, 9C_980/2009 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1715/2008 ATAS/1252/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 3 du 8 octobre 2009 En la cause Monsieur M_____, à Genève recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENÈVE intimé EN FAIT Monsieur M_____, né en 1958, marié, sans enfant, de nationalité italienne, réside en Suisse depuis 1992. Au bénéfice d'un diplôme d'ingénieur, il a travaillé en tant que manoeuvre jusqu'au 20 juin 2005, date à laquelle il s'est retrouvé en arrêt de travail. Le 4 septembre 2006, l'assuré a déposé une demande de rente auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après : OCAI). Le Dr A_____, chiropraticien, dans un rapport du 26 octobre 2006, a posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme existant depuis 1992. Il a également mentionné un excès pondéral, dont il a précisé qu'il était sans répercussion sur la capacité de travail de son patient. Le médecin a conclu à une incapacité totale de travail depuis le 20 juin 2005 et souligné que l'état de santé de l'assuré, qu'il a indiqué suivre depuis 1997 pour des plaintes diverses de l'hémicorps droit (perte de force musculaire du bras et de la jambe, douleurs traversant le thorax, démangeaisons, sensation d'avoir toujours froid, vertiges, insomnies et pertes spontanées d'urine et parfois de selles), allait en s'aggravant. Dans l'impossibilité de poser un diagnostic clair, le médecin a expliqué avoir finalement retenu celui de syndrome douloureux somatoforme en raison des douleurs chroniques au niveau de la tête, du bras droit, du dos, du ventre et des insomnies. Il a ajouté que le patient souffrait également d'une hernie inguinale droite. Il a suggéré que son patient soit soumis à l'examen d'un médecin conseil et s'est pour le reste référé à un rapport établi par le Dr E_____ en date du 2 novembre 2005, rapport qu'il a qualifié de « très complet » en précisant qu'il n'avait rien à ajouter sur le plan médical. Enfin, le Dr A_____ a fait allusion à des aspects psychiques dus au déracinement socio-culturel de son patient et a émis l'avis que l'on pouvait exiger de ce dernier qu'il exerce à 50% une autre activité qu'il a décrite comme devant être légère physiquement, n'impliquant ni l'exposition au froid ni le port de charges et permettant d'éviter la position agenouillée, accroupie ou en inclinaison du buste. Le Dr E_____, spécialiste en médecine interne, a effectivement établi un rapport médical en date du 2 novembre 2005 à l'attention de CONCORDIA ASSURANCES (pièce 16 OCAI). Ce médecin a évoqué les diagnostics de hernie inguinale gauche indirecte nécessitant une intervention, celui de périarthrite simple, transitoire, de l'épaule droite - dont il a précisé qu'elle provoquait certes une incapacité de travail mais passagère - ainsi qu'un excès pondéral et un tabagisme, mais a estimé qu'aucun diagnostic n'entraînait d'incapacité de

travail durable. En résumé, le Dr E _____ a considéré que le tableau des plaintes persistantes et la présentation clinique ne correspondaient à aucune infection médicale caractérisée. Sous réserve de l'examen clinique de la colonne lombaire - dont il a précisé qu'il n'avait pu être réalisé en raison de la réticence du sujet -, le médecin a écarté une maladie rhumatismale inflammatoire et une affection mécanique du dos. Il a qualifié la diminution d'aptitude aux mouvements du bras de périarthrite de l'épaule susceptible d'amélioration, voire d'amendement par un traitement approprié, constitué de thérapies physiques et de prises d'anti-inflammatoires, ajoutant qu'une telle prise en charge soulageait en général les symptômes douloureux en quelques semaines. L'expert a ajouté que le tableau général évoquait des troubles de l'adaptation. Il a en revanche écarté les diagnostics de troubles de somatisation et de troubles dépressifs au motif que le découragement général ressenti par le patient était induit par sa situation socio-économique et qu'il pourrait améliorer son état psychique en réinvestissant une activité professionnelle adaptée à ses envies. L'expert a estimé que l'activité de manœuvre, une fois l'intervention de la hernie inguinale effectuée, devrait se limiter à des horaires et à une charge de travail acceptable. Il a ajouté qu'une orientation dans le domaine des parcs et jardins serait envisageable. Il a conclu à une capacité de travail attendue recouvrée à 100% après intervention chirurgicale et traitement adéquat pour la périarthrite. A également été versé à la procédure le rapport d'expertise établi en date du 24 mars 2006 par le Dr G _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à l'attention du Dr P _____, médecin conseil de CONCORDIA ASSURANCES. Il ressort de ce document que le rapport a été établi sur la base du dossier de l'expertisé, d'un entretien psychologique et d'un examen psychiatrique. Le Dr G _____ a également pris connaissance du dossier du Dr A _____ et du rapport d'expertise du Dr E _____. Le Dr G _____ s'est également basé sur : un certificat médical établi le 12 novembre 1992 par le Dr L _____, médecin généraliste, ne relevant aucune pathologie, hormis un refroidissement massif mais soulignant que le patient est fixé sur ses plaintes psychosomatiques ; un certificat médical établi le 22 février 1993 par le Dr O _____, dermatologue, indiquant qu'aucun trouble cutané ne peut être mis en évidence ; un certificat établi le 6 décembre 1993 par le Dr J _____, radiologue, faisant état d'importants troubles statiques dégénératifs de la colonne dorsale ; un rapport établi le 31 août 2005 par le Dr A _____, posant le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme et concluant à une incapacité de travail totale dès le 20 juin 2005, quelle que soit l'activité ; un certificat du Dr K _____, radiologue, faisant état, en date du 27 octobre 2005, d'une scoliose modérée. Le Dr G _____ a relaté que l'assuré se plaignait de douleurs débutant comme un picotement dans le cœur, puis dans l'épaule droite, remontant dans la tête et enfin descendant dans le corps jusqu'aux pieds, qu'il décrivait également des hallucinations auditives et visuelles, qu'il se plaignait aussi de difficultés d'endormissement, de réveils nocturnes, de réveils matinaux avec incapacité à se rendormir, de nombreux cauchemars, d'un sentiment de tristesse fluctuant, d'oublis fréquents, d'une diminution de l'appétit, d'un sentiment de fatigue accrue, d'une sensation de lourdeur dans les membres, d'une nervosité avec crises clastiques, d'une diminution de la libido, d'agitation intérieure, de troubles de la concentration, d'anhédonie et d'aboulie. L'assuré se disait très motivé pour retrouver un emploi et ne souhaitait pas déposer de demande de prestations AI. Objectivement, le Dr G _____ a décrit l'assuré comme collaborant et authentique mais sans capacité d'introspection. L'échelle de Hamilton a abouti à un score de 20 points, révélateur d'un état dépressif modéré, tout comme le "BDI". Le médecin a conclu que la détresse psychique subjective était ainsi en accord avec l'observation clinique.

L'expert a conclu à un diagnostic de troubles de somatisation, qu'il a justifié par la présence de plus de quatre symptômes douloureux, de symptômes gastro-intestinaux et viscéraux, de plusieurs symptômes pseudo-neurologiques et d'un symptôme sexuel. Il a par ailleurs également retenu le diagnostic de trouble de conversion de présentation mixte à titre de diagnostic indépendant, motivé par les vertiges, la perte de force dans les mains et dans les jambes, les troubles visuels, une sensation de paralysie et une impression subjective d'avoir toujours froid. L'expert a estimé que les douleurs constituaient des limitations dépassant celles liées à l'affection somatique et qu'elles induisaient un handicap fonctionnel important. Il a relevé que la présence de signes de non-organicité corroborant le diagnostic de troubles douloureux associés à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale généralisée dont l'importance justifiait un diagnostic indépendant. Il a ajouté qu'une symptomatologie dépressive majeure était décrite depuis le mois de juin 2005 et a retenu le diagnostic de trouble dépressif majeur, épisode isolé, d'intensité actuelle moyenne. Les hallucinations visuelles et auditives, ont été qualifiées de caractéristiques psychotiques associées à cette atteinte thymique. L'expert n'a pas exclu le diagnostic de phase prodromique de la schizophrénie. Il a estimé par ailleurs que le diagnostic de trouble panique sans agoraphobie était probable eu égard aux symptômes neurovégétatifs relevés. De façon générale, le Dr G_____ a constaté chez l'assuré une immaturité globale et une incapacité à l'introspection. En définitive, il a retenu le diagnostic de troubles de la personnalité non spécifiés, décompensés et graves. Le médecin a ajouté que les limitations fonctionnelles découlaient principalement du registre somatoforme. Il a finalement conclu à une incapacité totale de travail, quelle que soit l'activité, à compter du 20 juin 2005 et préconisé des mesures professionnelles, une médication anti-dépressive et une prise en charge psychothérapeutique. Il a par ailleurs souligné que les opérations préconisées par le Dr E_____ n'avaient pas été effectuées et qu'il serait nécessaire d'y procéder avant d'envisager un reclassement professionnel. Le dossier de l'assuré a été soumis au Dr I_____, du service médical régional AI (SMR), spécialiste en médecine interne, endocrinologie et diabétologie. Ce médecin, en date du 4 juin 2007, a émis l'avis que l'expertise psychiatrique du Dr G_____ était peu probante, au motif que le diagnostic de troubles de somatisation ne remplissait que partiellement les critères de la CIM-10 (le critère des relations complexes avec les services médicaux, notamment, faisant défaut) et que des altérations du fonctionnement social et familial n'étaient par ailleurs pas décrites. Quant au trouble de conversion avec présentation mixte, le Dr I_____ a admis que les critères de la CIM 10 semblaient être remplis mais il a estimé qu'il n'était probablement pas invalidant. Il a ajouté que le diagnostic de trouble douloureux ne pouvait être posé en même temps que celui de trouble dépressif et qu'au surplus, le diagnostic de trouble dépressif majeur de sévérité moyenne ne pouvait être considéré comme invalidant dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux. Sur la base de ces considérations, l'assuré a été soumis pour examen au Dr François F_____, spécialiste FMH en psychiatrie auprès du SMR. Dans son rapport du 10 janvier 2008 (pièce 34 OCAI), ce médecin a qualifié la collaboration de l'assuré de "tout à fait douteuse", soulignant que le Dr E_____ avait lui aussi fait état d'une attitude qui lui paraissait étudiée. Le Dr H_____ a indiqué n'avoir trouvé à l'examen ni signes florides de la série psychotique ni critères permettant de conclure à un trouble de la personnalité selon la CIM-10. Le Dr F_____ a expliqué que si l'assuré fait état, en particulier au cours de ses réveils nocturnes, d'images qui se voudraient menaçantes et qu'il prend pour des hallucinations, l'examen approfondi a permis d'écartier l'existence de véritables hallucinations auditives ou visuelles. Le Dr F_____

n'a finalement retenu que le diagnostic de somatisation en précisant qu'il était sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré, expliquant que le trouble de somatisation, trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et à une affection médicale généralisée, doit être rattaché au trouble somatoforme et soumis aux mêmes critères que ce dernier. Or, l'examen ne lui avait pas permis de mettre en évidence de comorbidité psychiatrique manifeste, le tableau dépressif étant relativement modeste. Par ailleurs, faute d'antécédents médicaux, le médecin n'avait retrouvé aucun critère permettant de conclure à un trouble de la personnalité ou à des signes florides de la série psychotique. Il n'a pas non plus constaté de perte d'intégration sociale, relevant que tous les après-midis et soirs, l'assuré retrouvait ses camarades kosovars avec lesquels il passait du temps, discutait et organisait des jeux. Selon le médecin, s'il est possible de considérer l'état psychique de l'assuré comme cristallisé, il était en revanche exclu de conclure à l'échec des traitements puisqu'aucun n'avait été mis sur pied sur le plan psychiatrique. Quant au diagnostic de trouble dépressif majeur épisode isolé de sévérité moyenne évoqué dans l'expertise du 24 mars 2006, le Dr F _____ n'a pu le confirmer. Dans la mesure où il s'agissait d'un épisode isolé, il a donc considéré qu'il était en rémission. Le diagnostic de schizophrénie a également été écarté dans la mesure où il n'a pas été possible de mettre en évidence des hallucinations auditives ou visuelles. En revanche, des éléments s'intégrant dans le trouble de conversion retenu par le Dr G _____ ont été relevés, étant précisé qu'ils ne peuvent être considérés comme invalidants dans la mesure où ils ne participent pas à un trouble de la personnalité d'une part et s'estompent au cours de l'entretien lorsque la confiance relationnelle est instaurée, d'autre part. Aucun signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée invalidante, de troubles phobiques, de troubles de la personnalité morbide, de perturbations de l'environnement psychosocial ni aucune limitation fonctionnelle psychiatrique n'ont été relevés. En conséquence de quoi, le Dr F _____ a conclu à une totale capacité de travail. Le 12 février 2008, l'OCAI a adressé à l'assuré un projet de décision aux termes duquel il l'informait qu'il se proposait de rejeter sa demande de prestation. Par courrier du 22 février 2008, l'assuré s'est opposé à ce projet en invoquant les avis des Drs A _____ et G _____. Il a par ailleurs demandé à ce qu'une autre expertise soit le cas échéant mise sur pied. Par décision du 10 avril 2008, l'OCAI a nié le droit de Monsieur M _____ à toute prestation en se référant aux conclusions de l'examen psychiatrique du 10 janvier 2008. Par écriture du 13 mai 2008, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à ce que lui soit reconnu un degré d'invalidité de 40% au moins, subsidiairement à ce que soit mise sur pied une expertise. Le recourant reproche à l'intimé de s'être écarté des conclusions du Dr A _____, lequel avait diagnostiqué un syndrome somatoforme douloureux. Le recourant allègue que les différents médecins qui se sont prononcés sur son cas ont conclu à des diagnostics qui divergent sensiblement. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 7 juillet 2008, a conclu au rejet du recours. L'intimé relève que si les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) ont certes émis en date du 30 juin 2008 un certificat indiquant que l'assuré serait hospitalisé en juillet 2008, cette aggravation de l'état de santé de l'assuré est postérieure à la date de la décision litigieuse, raison pour laquelle elle n'a pas fait l'objet d'investigations. L'assuré a produit un certificat médical établi par le Dr A _____, chiropraticien, en date du 30 mai 2008 se contentant d'indiquer que sa capacité de travail serait de 0% dès le 1^{er} juin 2008. Ce certificat a été corroboré par un autre, tout aussi succinct, émanant du Centre médico-chirurgical des Acacias et établi le 18 juillet 2008. Par la suite, le recourant a encore fait parvenir au Tribunal de céans plusieurs

certificats médicaux établis par différents médecins, les Drs B _____, A _____ et C _____ (psychiatre), se contentant tous de conclure à une incapacité totale de travail, sans plus de précisions. Ces certificats ont été communiqués à l'OCAI qui, par écriture du 12 septembre 2008, a constaté que ses attestations n'apportaient pas de nouvel élément objectif sur le plan médical dès lors qu'elles se bornaient à attester d'une totale incapacité de travail sans en préciser les raisons ni donner de nouveaux éléments médicaux susceptibles de modifier l'évaluation à laquelle il s'était livré. Un ultime délai a été accordé au recourant pour consulter le dossier et compléter son recours s'il le souhaitait. Il a adressé au Tribunal de céans de nouveaux certificats médicaux établis par les Drs D _____ et C _____ se contentant toujours de conclure à une totale incapacité de travail. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire (LOJ; 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, a entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse, du 10 avril 2008, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé du recourant entraînent une perte de gain susceptible de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité. a) 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 LPGA et 4 al. 1 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). 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). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin. b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. Parmi les atteintes à la santé psychique pouvant provoquer une invalidité, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies, étant précisé que l'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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). S'agissant plus particulièrement des troubles somatoformes douloureux, la jurisprudence admet qu'ils peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217ss consid. 5 et 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. c) Une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que de tels troubles sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; arrêt I 683/03, du 12 mars 2004, 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 (ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.2) et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATFA I 457/02 du 18 mai 2004, consid. 6.3). d) Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est donc une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour

que l'on puisse admettre une limitation de la capacité de travail susceptible d'entraîner une invalidité (ATFA I 683/03 précité, 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 s., 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 s.). 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 plus, - 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 s.) - raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 s. consid. 2b et les références; ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3 et les arrêts cités; voir également 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 comorbidité 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 distinctes ou d'un autre 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; ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss). Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, énumérés ci-dessus (cf. ATFA I 683/03 précité consid. 2.2.5). La question de savoir si ces circonstances

exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière des critères rappelés supra et au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. 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], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne 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). e) 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 LPGA), 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c; Omlin, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; Morger, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in Revue Suisse des assurances sociales [RSAS] 32/1988 p. 332ss.). f) Au sujet 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il

est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. g) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). En substance, le recourant soutient qu'il doit se voir reconnaître un degré d'invalidité de 40% au moins et reproche à l'intimé de s'être écarté des conclusions du Dr D_____. Il demande que soit mise sur pied une nouvelle expertise. a) En l'espèce, la décision querellée est fondée, d'un point de vue médical, sur l'examen du Dr E_____, sur le plan somatique, et celui du Dr F_____, sur le plan psychique. b) Sur le plan somatique, force est de constater que le rapport du Dr E_____ est convaincant. Il a d'ailleurs été confirmé par le Dr D_____, qui s'y est référé en le qualifiant de « très complet ». Le chiropraticien a certes conclu - à la différence du Dr E_____ - à une capacité de travail restreinte à 50% dans une activité adaptée, mais il convient de relever qu'il a justifié son avis, notamment, par le déracinement socio-culturel de l'assuré, élément que l'assurance-invalidité n'a pas à prendre en considération. Sur le plan somatique, il convient dès lors de retenir que le recourant, moyennant un traitement adapté et raisonnablement exigible de sa part, est capable d'exercer à plein temps une activité adaptée, c'est-à-dire légère, évitant le port de charges et les positions agenouillée ou en inclinaison du buste. c) Sur le plan psychique, il est vrai que les conclusions du Dr F_____ divergent de celles du Dr G_____. Cependant, le rapport du Dr F_____ emporte la conviction. En effet, il tient compte tant des plaintes de l'intéressé que des constatations cliniques et de l'ensemble du dossier médical à disposition. Ses conclusions sont claires et motivées. Il a ainsi expliqué de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles il s'est écarté des conclusions et diagnostics posés par le Dr G_____. Ses conclusions sont du reste corroborées par le Dr E_____, lequel a également écarté toute pathologie psychique importante et estimé que l'état de l'assuré était surtout induit par sa situation socio-économique. Le Tribunal de céans ne voit dès lors pas de raison de s'écarter du rapport du Dr F_____, lequel remplit à l'évidence les critères jurisprudentiels rappelés ci-dessus pour lui conférer une pleine valeur probante. D'autant que les certificats produits par le recourant n'amènent aucun élément objectif permettant de remettre en cause les conclusions du Dr G_____, se contentant de conclure à une incapacité totale de travail, sans autre justification. Dans ces circonstances, il n'est donc pas utile de faire procéder à

une nouvelle expertise. Le Dr F _____ n'a finalement retenu que le diagnostic de somatisation, auquel il a nié toute répercussion sur la capacité de travail. En l'absence d'une comorbidité psychiatrique d'une intensité et d'une durée suffisante au sens voulu par la jurisprudence constante, il convient de vérifier si les autres critères retenus par la jurisprudence sont réalisés en l'espèce, ce qui apparaît manifestement ne pas être le cas. S'il y a effectivement présence d'affections corporelles chroniques, sous la forme d'une hernie inguinale, force est de constater que celle-ci peut aisément se traiter de la manière préconisée par le Dr E _____. En conséquence, on ne saurait conclure à l'échec des traitements conformes aux règles de l'art. Quant à la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'a pas été constatée par le Dr F _____. En définitive, le Tribunal de céans se doit de confirmer l'appréciation faite par les organes de l'assurance-invalidité, à savoir l'absence de pathologie (somatique ou psychiatrique) invalidante. Il convient cependant encore de procéder au calcul du degré d'invalidité dont l'intimé n'aurait pas dû faire l'économie, dans la mesure où, sur le plan somatique, le Dr E _____ a conclu que, même après traitement adéquat de ses affections, le recourant devrait se limiter à une activité légère répondant à certaines limitations. a) Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, 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%, à un trois-quart de rente si son invalidité atteint au moins 60% et à une rente entière si son degré d'invalidité atteint 70%. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle avait été en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé. Il

convient encore de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage. Il s'agit là d'un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Le juge ne peut dès lors pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). b) En l'espèce, le recourant a réalisé en 2003 un revenu de 31'776 fr. (cf. son extrait de compte individuel AVS). Il convient dès lors de comparer le revenu de 32'755 fr. 60 (soit le revenu qu'il aurait obtenu sans atteinte à sa santé en 2006, après réévaluation de son salaire, cf. données indiquées dans La Vie économique, tableau B10.3 n°12/2008 - p. 95), à celui qu'il aurait pu obtenir la même année en exerçant une activité légère, selon les données salariales statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires éditée par l'Office fédéral de la statistique (ESS). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives offertes par les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un marché du travail équilibré offre un nombre significatif de postes de travail légers n'exigeant ni port de charges très lourdes, ni travail en inclinaison du buste et pouvant être occupés sans difficulté particulière par une personne atteinte d'une affection de l'épaule. Selon les données de l'ESS 2006, le revenu mensuel standardisé d'un homme exerçant une activité simple et répétitive s'élevait, tous domaines confondus, à 4'732 fr. par mois (valeur médiane). Ce salaire hypothétique doit être rectifié pour tenir compte du fait que les salaires bruts standardisés sont calculés sur la base d'un horaire de travail de 40 heures par semaine, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,7 heures; pour 1998 : La Vie économique, 4-2002 p. 86, tabelle B 9.2 pour 2001: cf. La Vie économique 12/2001 table B 9.2 p. 80). On obtient dès lors, pour un horaire de travail moyen de 41,7 heures (cf. ATF 126 V 81 consid. 7a), un salaire annuel brut, en 2006, de 59'197 fr. 30, qui comparé au revenu avant invalidité, démontre l'absence de perte de gain et, par conséquent, un degré d'invalidité de 0%. Il suit de ce qui précède que le recours est mal fondé, de sorte qu'il sera rejeté. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. 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 Yaël BENZ La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le