

GE_GERICHTE A/1740/2002 vom 30. August 2004

GE Cour de justice, 2004-08-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1740_2002

FR: GE_GERICHTE A/1740/2002 du 30 août 2004

IT: GE_GERICHTE A/1740/2002 del 30 agosto 2004

Erwägungen

E. 3

ème chambre En la cause Madame D _____, comparant par Me Diane BROTO-ANGHELOPOULO, en l'Etude de laquelle elle élit domicile recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 Genève 13 intimé EN FAIT 1. Madame D _____ est née le août 1955. Sans formation professionnelle, elle a travaillé en qualité d'indépendante comme tenancière d'un petit bureau de tabac. Elle a cependant dû mettre un terme à cette activité à compter du 21 janvier 1997. Ce jour-là, elle a en effet été victime d'un accident de la circulation qui lui a occasionné des cervico-brachialgies. Le 18 avril 1998, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI ; pièce 1, fourre 2 OCAI). Du rapport médical établi par le Dr A _____ en date du 31 décembre 1997 à l'intention de la caisse-maladie HELSANA, il ressort que l'assurée est dans l'incapacité totale d'exercer sa profession depuis le 21 janvier 1997. Le diagnostic est le suivant : distorsion de la colonne cervicale avec céphalées et cervicalgies post-traumatiques, cervico-brachialgies droites, contusion de l'épaule droite et tendinopathie post-traumatique du sus-épineux droit avec capsulose rétractile secondaire et état dépressif réactionnel. Le médecin a recommandé la mise en œuvre d'expertises psychiatrique et orthopédique. Il a par la suite qualifié l'état dépressif de sa patiente de sévère et confirmé qu'il persistait encore en septembre 1999 (pièce 5, fourre 4 OCAI ; cf. également rapport du 8 juin 1998 [pièce 2, fourre 3 OCAI], rapport du 24 décembre 1998 [pièce 4, fourre 3 OCAI], rapport du 10 septembre 1999 [pièce 6, fourre 3 OCAI]). A la demande de l'OCAI, la policlinique d'établissement hospitaliers est livrée à une expertise pluridisciplinaire (COMAI ; pièce 9, fourre 3 OCAI). Du rapport établi en date du 28 septembre 2001, il ressort que l'assurée souffre d'un état dépressif réactionnel d'intensité sévère, malgré une prise en charge psychiatrique spécialisée et la prescription de médicaments antidépresseurs et d'anxiolytiques. Il a été relevé que son médecin traitant avait d'ailleurs signalé un état dépressif en 1996 déjà. L'assurée a fait l'objet d'une consultation spécialisée de rhumatologie par le Dr B _____. Ce dernier a confirmé la présence de cervico-scapulalgies droites chroniques mais a estimé qu'elles n'occasionneraient pas d'incapacité de travail dans une activité professionnelle adaptée. Selon lui, l'activité de tenancière de kiosque pourrait d'ailleurs répondre à cette définition, à condition d'éviter le port de lourdes charges du côté droit. En effet, le médecin a relevé que les douleurs à la mobilisation du rachis cervical n'entraînaient ni limitation ni irradiation radiculaire. Quant aux douleurs plus importantes ressenties à la mobilisation de l'épaule droite, elles n'avaient pas non plus pour conséquence une réelle limitation fonctionnelle. Le médecin a même souligné l'absence de limitation de la rotation externe. L'assurée a également fait l'objet d'une consultation spécialisée de psychiatrie. Le Dr C _____ a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, de personnalité

à traits évitants et dépendants et de syndrome douloureux somatoforme persistant. Il en a conclu que la patiente ne disposait certainement pas des ressources nécessaires pour réinvestir une nouvelle activité professionnelle et que son incapacité de travail était de 80% environ. Le collège des médecins a pour sa part admis l'existence d'un état dépressif sévère survenant dans un contexte familial fermé et problématique avec un sentiment de culpabilité possible de la part de la patiente envers son mari suite à l'échec de son activité indépendante initialement financée par son conjoint. Il lui a malgré tout reconnu une capacité de travail légèrement supérieure à celle retenue par le psychiatre, de l'ordre de 50% de janvier 1997 à avril 1998. L'état psychique de l'assurée s'est alors aggravé suite à la vente de son commerce. Sa capacité de travail n'a plus alors été que de 40%. Le collège des médecins a justifié sa position par le fait que toutes les ressources adaptatives de la patiente ne semblaient pas épuisées (cohésion du couple malgré les possibilités de conflit), que, du point de vue thérapeutique, une prise en charge psychiatrique en groupe pourrait être proposée et que les médicaments antidépresseurs pourraient être remplacés. Les médecins ont toutefois reconnu qu'il y avait fort à craindre que de telles mesures ne puissent pas amener à d'amélioration significative de la capacité de travail dans le contexte psychiatrique de la patiente. Ils ont estimé que, malgré la probabilité d'une évolution défavorable, il serait prématuré de se prononcer du point de vue médical quant à une éventuelle atteinte permanente à la santé en relation avec les problèmes orthopédiques. Ont été retenus comme éléments défavorables à la reprise d'une activité professionnelle, la durée de l'arrêt de travail ainsi que l'invalidité du conjoint de l'assurée.

E. 4

Entre-temps, suite à une chute sur le genou gauche ayant entraîné une déchirure du ménisque interne, l'assurée a subi une ménisectomie en date du 8 mai 2001. Le 11 août 2001, elle a fait une nouvelle chute qui a entraîné la fracture de la glène de l'omoplate droit. Il en a résulté une immobilisation pendant plusieurs semaines. En outre, des séances de physiothérapie ont été nécessaires.

E. 5

Sur la base de l'expertise COMAI, le service médical régional AI (SMR), a estimé, le 6 décembre 2001, qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail à retenir du fait des atteintes à la santé somatiques, l'examen du système locomoteur n'ayant démontré que des lésions mineures. Il a par ailleurs considéré que l'accident survenu après l'expertise n'interférait pas avec l'appréciation des experts et que seule l'atteinte à la santé psychique était à l'origine de l'incapacité de travail retenue (pièce 10, fourre 3 OCAI).

E. 6

Dans un rapport daté du 28 février 2002, le Dr D _____, chirurgien orthopédique, a signalé une limitation fonctionnelle de l'épaule droite (élévation de 160°) et de la rotation interne. Il a souligné que des séquelles étaient à craindre sous forme de limitation fonctionnelle douloureuse. Enfin, il a relevé qu'une aggravation de l'état du genou gauche était également possible, sous forme d'arthrose post-traumatique (pièce 11, fourre 3 OCAI et pièce 3 rec.).

E. 7

Selon le SMR, les éléments allégués par le Dr D _____ étaient déjà connus des experts du COMAI qui en ont explicitement tenu compte puisqu'ils ont évoqué les atteintes dégénératives entraînant des plaintes et des limitations fonctionnelles tant de l'épaule droite

que du genou gauche. Bien qu'ils n'aient pas pris connaissance des radiographies effectuées au mois de septembre 2001, celles-ci ont confirmé leur pronostic et l'évolution favorable que l'on était en droit d'en attendre (pièce 13, fourre 3 OCAI).

E. 8

Entendue par un collaborateur de l'OCAI en date du 8 mars 2002, l'assurée a invoqué sa nouvelle fracture à l'épaule droite ainsi que des gonalgies.

E. 9

Par décision du 3 juin 2002, l'OCAI a reconnu à l'assurée un degré d'invalidité de 60% et lui a octroyé une demi-rente d'invalidité avec effet au 1er juin 2002, assortie d'une demi-rente pour sa fille, étant précisé que le montant dû à titre rétroactif pour la période du 1er janvier 1998 au 31 mai 2002 ferait l'objet d'une décision ultérieure. S'appuyant sur l'expertise COMAI, l'OCAI a considéré que la capacité de gain de l'assurée avait été réduite de moitié dès le 21 janvier 1997 - lui ouvrant ainsi le droit à une demi-rente dès le 21 janvier 1998. Il a en outre constaté l'aggravation de l'état de santé de l'assurée à compter du mois d'avril 1998, date à partir de laquelle on ne pouvait plus exiger d'elle qu'un travail léger à un taux de 40%. Son taux d'invalidité a dès lors été fixé à 60% à compter du 1er août 1998 - soit trois mois après ladite aggravation. Il a été estimé que les éléments allégués lors de l'assurée lors de son audition avaient déjà été pris en compte dans l'évaluation (pièces 7 et 5, fourre 1 OCAI).

E. 10

Par décision du 10 juin 2002, l'OCAI a fixé le montant des rentes dues à titre rétroactif pour la période du 1er janvier 1998 au 31 janvier 1998 (une demi-rente d'invalidité, assortie de demi-rentes complémentaires pour le conjoint de l'assurée et ses deux enfants). Par décision du 16 juillet 2002, l'OCAI a fixé le montant des rentes dues pour la période du 1er février 1998 au 31 octobre 1999 (une demi-rente assortie de deux demi-rentes complémentaires pour les enfants), pour celle du 1er novembre 1999 au 31 janvier 2000 (une demi-rente assortie d'une demi-rente complémentaire pour enfant) et pour celle du 1er février 2000 et au 31 juillet 2001 (une demi-rente simple). Quant aux rentes dues à titre rétroactif pour la période du 1er août 2001 au 30 avril 2002, elles ont fait l'objet d'une décision datée du 17 juin 2002 (une demi-rente et une demi-rente complémentaire pour enfant).

E. 11

Par courrier du 4 juillet 2002, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 3 juin et conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 70% au moins. Elle allègue que l'évolution médicale favorable à laquelle s'attendait l'OCAI n'a pas eu lieu et que son état de santé est demeuré stationnaire depuis le 8 mai 2001, date à laquelle elle a subi une ménisectomie. Elle ne peut exercer d'activité physique prolongée ni utiliser son membre supérieur droit. A l'appui de ses dires, la recourante produit un rapport établi en date du 2 juillet 2002 par le Dr D _____ qui constate que les plaintes de sa patiente sont identiques à celles constatées au mois de février, à savoir des douleurs au niveau du genou gauche à l'effort et après avoir gardé une position statique. Le médecin relève en outre que lorsque la patiente poursuit une activité en dessus de l'horizontale, elle ressent des douleurs au niveau de l'épaule droite. Il déconseille une activité physique prolongée et l'utilisation du membre supérieur droit. Il souligne qu'à ce phénomène traumatique et dégénératif s'ajoute une surcharge pondérale importante nécessitant une prise en charge (pièce 4 rec.).

E. 12

Par courrier du 17 juillet 2002, l'assurée a également interjeté recours contre les décisions subséquentes, pour les mêmes motifs que précédemment.

E. 13

Invité à se prononcer, l'OCAI, dans son préavis du 3 septembre 2002, a conclu au rejet du recours. L'autorité intimée se réfère à l'expertise pluridisciplinaire du COMAI ainsi qu'aux avis des Drs E_____ et F_____. Par ailleurs, elle soutient que la fracture de l'épaule droite intervenue en 2001 et les gonalgies ont été prises en compte dans l'appréciation des experts. Bien que ces derniers ne se soient pas prononcés sur les radiographies de l'épaule effectuées les 24 septembre et 24 octobre 2001, l'autorité intimée estime que celles-ci ne font que confirmer le pronostic concernant l'accident du 12 août 2001, puisqu'elles mettent en évidence une bonne cicatrisation en position correcte du fragment osseux.

E. 14

Par courrier du 9 avril 2003, l'OCAI a encore produit copie d'une correspondance datée du 27 février 2003 et émanant du Dr D_____, accompagnée d'une prise de position du Dr E_____. Le Dr D_____ y atteste que l'assurée a subi le 4 février 2003 une intervention chirurgicale avec résection de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit dans le cadre d'une importante affection dégénérative, non seulement du compartiment interne mais aussi de la fémoro-patellaire, suite à une obésité non traitée. Il souligne que le même phénomène existe également du côté gauche. Il évoque des douleurs avec limitation fonctionnelle du membre supérieur droit dues à la fracture de l'omoplate à hauteur de la glène, ce qui diminue sensiblement la force d'appréhension du membre supérieur droit. S'y ajoute un état dépressif dans le cadre d'une sinistrose qui ne permet pas d'envisager une réorientation professionnelle. Selon le médecin, l'incapacité de travail serait totale et ce, pour une durée indéterminée. Le Dr E_____, du SMR, relève pour sa part que les atteintes somatiques sont déjà connues. Le seul fait nouveau résiderait donc dans l'atteinte au genou droit, le diagnostic de gonarthrose n'ayant pas été posé expressément avant février 2003. Le médecin fait remarquer que le COMAI a cependant pris en compte les gonalgies signalées par la patiente lors du test d'accroupissement. Selon le Dr E_____, rien n'indique que l'atteinte dégénérative - d'importance moyenne et habituelle chez les personnes de l'âge de l'assurée - entraîne des limitations susceptibles d'aggraver l'incapacité de travail retenue par le COMAI.

E. 15

La recourante a relevé la discordance importante existant entre l'avis des Drs D_____ et E_____, et souligné que ce dernier ne l'avait jamais examinée. Elle a dès lors demandé que soit ordonnée une expertise médicale. 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 (TCAS), composé de cinq juges, dont un président et un vice-président, cinq suppléants et seize juges assesseurs (art. 1 let. r et 56T LOJ). Suite à l'annulation de l'élection des seize juges assesseurs par le Tribunal fédéral (TF) le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente (art. 162 LOJ) permettant au TCAS de siéger sans assesseurs, à trois juges titulaires, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs. Statuant sur un recours de droit public, le TF a, dans un arrêt rendu le 1er juillet 2004, confirmé que

cette disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était, de surcroît, conforme au droit fédéral (arrêt 1P. 183/2004). Egalement saisi de la question de l'éventuelle inconstitutionnalité du TCAS, le TF a estimé que la création de ce tribunal ne pouvait être remise en cause, vu la force dérogatoire du droit fédéral, et plus particulièrement de l'art. 57 LPGA en l'occurrence. 2. Conformément à l'art. 3 al. 3 des Dispositions transitoires de la loi du 14 novembre 2002 modifiant la LOJ, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi précitée et pendante devant la Commission cantonale de recours en matière d'invalidité ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales. La compétence de ce dernier est dès lors établie pour connaître du présent litige. 3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467 consid. 1, 121 V 386 consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions légales en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. 4. Le Tribunal constate que le recours, interjeté en temps utile (art. 69 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI] et 84 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS]), est recevable en la forme. 5. a) L'invalidité est définie par la loi comme 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 (art. 4 LAI). b) L'incapacité de gain consiste en la diminution moyenne prévisible des possibilités de gain de la personne concernée sur l'ensemble du marché du travail équilibré pouvant entrer en considération pour elle (ch. 1017 de la circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité [CHAI]). c) L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 40%. En ce cas, il recevra un quart de rente. S'il est invalide à 50%, il se verra octroyer une demi-rente et, si son invalidité atteint 66²/₃ %, une rente entière (art. 28 al. 1 LAI). En l'espèce, l'atteinte médicale est clairement établie : l'assurée souffre d'un état dépressif sévère d'une part, de cervico-scapulalgies, troubles statiques de la colonne cervicale, troubles dégénératifs de l'épaule droite et du genou gauche et probable trouble somatoforme douloureux, d'autre part. La question litigieuse est bien plutôt de déterminer quelles incidences ces atteintes à la santé ont eues sur la capacité de travail de l'assurée. 7. a) 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. 217ss 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; ATFA I 683/03 du 12 mars 2004, destiné à la publication, 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 282/03 du 8 juin 2004 consid. 4.1.1). b) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'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 ; VSI 2000, p. 154). En outre, lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353). En d'autres termes, selon la jurisprudence, le juge ne doit, en principe, pas s'écarter sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 290 consid. 1b; ATF 112 V 32 et les références). c) S'agissant plus particulièrement de la tâche du médecin lorsque des troubles somatoformes sont diagnostiqués, le Tribunal fédéral des assurances a précisé, en se fondant principalement sur une étude de MOSIMANN (Somatoforme Störungen : Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in RSAS 1999, p. 1ss et 105ss), que l'expert doit, sur le plan psychiatrique, poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur le degré de gravité de l'affection. Il doit évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assuré d'une activité lucrative. Ce pronostic tiendra compte de divers critères, tels une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, une comorbidité psychiatrique, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale, un éventuel profit tiré de la maladie, le caractère chronique de celle-ci sans rémission durable, une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution, l'échec de traitements conformes aux règles de l'art. Le cumul des critères précités fonde un pronostic défavorable. Enfin, l'expert doit s'exprimer sur le cadre psychosocial de la personne examinée. Au demeurant, la recommandation de refus d'une rente doit également reposer sur différents critères. Au nombre de ceux-ci figurent la divergence 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 (VSI 2000 p. 152). d) 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 admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (ATFA I 683/03 du 12 mars 2004 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. 64ss, 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. 76ss, spéc. p. 81ss). 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. 87ss) - 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; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). e) 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 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; ATFA I 683/03 du 12 mars 2004, consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 76ss, spéc. 80ss). f) Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés ci-dessus - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (cf. ATFA I 683/03 du 12 mars 2004 consid. 2.2.4. et les arrêts cités). 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 oeuvre 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 ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les 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 du 12 mars 2004 précité consid. 2.2.5). 8. En l'espèce, les médecins du COMAI ont diagnostiqué, sur la base d'un rapport répondant aux réquisits de la jurisprudence rappelés supra, un état dépressif sévère, des cervico-scapulalgies, des troubles statiques de la colonne cervicale, des troubles dégénératifs de l'épaule droite et du genou gauche et un trouble somatoforme douloureux. Ils ont estimé que la capacité de travail résiduelle ne s'élevait plus qu'à 40% dans une activité adaptée. a) Au vu de ces diagnostics qui ont pour les experts valeur de maladie, se pose en premier lieu la question de l'admission d'une comorbidité psychiatrique. Selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème éd., p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (MEYER-BLASER, op. cit. p. 81, note 135). Partant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique doit être niée dans le cas particulier. b) Se pose dès lors la question de la présence éventuelle d'autres critères, dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux. A l'examen de l'expertise figurant au dossier, on peut tenir pour établie l'existence d'affections corporelles chroniques (cervico-scapulalgies, troubles statiques de la colonne cervicale et troubles dégénératifs de l'épaule droite et du genou gauche). Par contre, on ne saurait d'emblée conclure à la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie – malgré un contexte familial qualifié de fermé et problématique. Au contraire, les experts ont exprimé l'opinion que les ressources adaptatives ne semblaient pas épuisées (cohésion du couple). En revanche, le Tribunal de céans est d'avis que l'on peut conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique. Certes, les experts ont exprimé l'opinion qu'une prise en charge psychiatrique en groupe pourrait encore être entreprise et que les médicaments antidépresseurs pourraient être remplacés par d'autres. Ils se sont toutefois d'ores et déjà montrés extrêmement pessimistes sur les chances d'amélioration que ces traitements pourraient entraîner. c) Dès lors, le Tribunal est d'avis que les critères permettant d'admettre le caractère invalidant des troubles somatoformes sont réunis en l'espèce, raison pour laquelle l'avis des experts du COMAI – soit 40% de capacité résiduelle de travail - doit être suivi. 9. S'agissant d'une éventuelle aggravation antérieure à la décision litigieuse, il convient de relever que, contrairement à ce que soutient l'autorité intimée, les experts, s'ils se sont effectivement penchés sur l'atteinte à l'épaule, ne se sont pas réellement déterminés sur les conséquences de celle du genou. Au contraire, ils ont précisé qu'il était prématuré de se prononcer quant à l'évolution et à d'éventuelles séquelles permanentes suite au status post-arthroscopie du 8 mai 2001 et ont émis l'hypothèse qu'en l'absence de complication particulière – ce qui n'est pas le cas puisqu'un nouvel accident est survenu au mois d'août 2001 – l'évolution « ne devrait en principe et théoriquement » pas diminuer de manière très significative la capacité de travail dans le cadre de l'activité habituelle de tenancière de magasin. L'hypothèse d'une aggravation qui serait intervenue avant la décision litigieuse et devrait être prise en compte doit toutefois être écartée. En effet, l'aggravation à laquelle fait allusion le Dr D_____ dans son rapport médical du 28 février 2002 n'était pas encore réalisée mais envisagée comme une éventualité à venir, sous forme d'une possible arthrose post-traumatique. Ce pronostic

d'aggravation semble effectivement s'être réalisé par la suite, ainsi qu'en atteste le rapport du Dr D_____ du 27 février 2003. Celui-ci fait état d'une opération intervenue en février 2003, soit après la décision litigieuse, et d'une importante affection dégénérative. Cette aggravation éventuelle devra cependant faire l'objet d'une demande de révision dans la mesure où les faits postérieurs à la décision litigieuse ne peuvent être pris en considération dans le cadre de la présente procédure. 10. Eu égard aux considérations qui précèdent, il n'y a pas lieu de s'écarter du rapport du COMAI et de la décision d'octroi d'une demi-rente de l'OCAI.

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