

GE_GERICHTE A/3333/2006 vom 2. Mai 2007

GE Cour de justice, 2007-05-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3333_2006

FR: GE_GERICHTE A/3333/2006 du 2 mai 2007

IT: GE_GERICHTE A/3333/2006 del 2 maggio 2007

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 02.05.2007
A/3333/2006

A/3333/2006 ATAS/447/2007 du 02.05.2007 (AI) , PARTIELMNT ADMIS Recours TF déposé le 06.06.2007, rendu le 30.04.2008, ADMIS, 9C_350/2007 En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3333/2006
ATAS/447/2007 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
Chambre 4 du 2 mai 2007 En la cause Monsieur I_____, domicilié , LES
AVANCHETS, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître SZALAI Zoltan
recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon
97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur I_____, né le 1947, originaire de Serbie, est
en Suisse depuis 1977. Sans formation professionnelle, l'assuré a commencé à travailler
comme maçon en ex-Yougoslavie, métier qu'il a continué à exercer en Suisse. Il a travaillé
en dernier lieu pour l'Entreprise X_____ SA CONSTRUCTIONS, du 18 avril 1994 au
9 décembre 2002, en qualité de maçon. En incapacité de travail totale depuis le 9 décembre
2002, l'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de
l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) en date du 3 novembre 2003, visant à l'octroi d'une
rente. Le Dr A_____ de la Permanence médico-chirurgicale de Genève, a établi un
rapport médical à l'attention de l'OCAI en date du 25 novembre 2003. Il a posé comme
diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail: des lombalgies invalidantes
sur la base d'une protrusion discale en L4-L5, plus prononcée en L5-S1, des lésions
dégénératives inter-apophysaires postérieures, une polyneuropathie sensitive avec
radiculopathie L5 gauche, une tendinopathie avec calcification invalidante de l'épaule
gauche et un état anxiodépressif. En revanche, la tortuosité vasculaire des deux yeux,
l'irrégularité artérielle, la rétinopathie hypertensive de grade 1, l'HTA traitée et l'obésité sont
sans influence sur la capacité de travail. Selon ce médecin, l'incapacité de travail est de
100% dès le 10 décembre 2002 pour une durée indéterminée. Dans l'annexe au rapport
médical relatif à la réinsertion professionnelle, le Dr A_____ indique que la capacité
de travail ne peut être améliorée dans le poste occupé jusqu'à présent, qu'une autre activité
n'est pas envisageable car l'état psychique de l'assuré est très perturbé, que les problèmes de
la colonne lombaire l'empêchent de travailler et que, de surcroît, il n'a pas les capacités
mentales ou intellectuelles pour exercer une autre profession. En annexe figure un rapport
de tomodensitométrie axiale effectuée par le Dr B_____ en date du 17 janvier 2003,
qui conclut à une spondylose lombaire antérieure étagée, une protrusion discale en L4-L5,
plus prononcée en L5-S1, mais sans image d'hernie ni d'effet compressif sur les racines, des
lésions dégénératives interapophysaires postérieures mais ne provoquant pas de
rétrécissement canalaire. Il n'y a pas d'argument pour un canal lombaire étroit. Dans son
rapport adressé à l'OCAI en date du 16 avril 2004, le Dr C_____, psychiatre, retient
comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail un épisode dépressif

moyen avec syndrome somatique, un affaiblissement intellectuel débutant et des problèmes somatiques. Au status, ce médecin relève un ralentissement psychomoteur prononcé, une humeur sub-dépressive, une personnalité fruste avec des faibles capacités de mentalisation et d'introspection. Le patient présente des intolérances aux effets secondaires des psychotropes classiques, mais supporte et adhère mieux à l'antidépresseur végétal qui le calme passagèrement. Il suit une psychothérapie de soutien à raison d'environ une consultation par mois. Le pronostic est très réservé, car le patient dispose de très faibles capacités adaptatives socio-professionnelles. L'incapacité de travail est de 100% dès le 28 avril 2003, date du début de la thérapie dispensée par le Dr C_____. Le 23 novembre 2004, le Dr A_____ communique à l'OCAI un rapport du Dr D_____, ophtalmologue à la permanence médico-chirurgicale Vermont-Grand-Pré SA, aux termes duquel le patient présente une blépharite chronique et une rétinopathie hypertensive de grade 1, ainsi qu'un rapport établi par le Dr E_____, radiologue FMH, selon lequel le patient présente une arthrose inter-apophysaire postérieure et une uncarthrose débutante. Au vu des rapports médicaux, le Service médical régional AI - SMR LEMAN, a proposé en date du 22 mars 2005 un examen pluridisciplinaire et a mandaté le COMAI de Genève à cet effet. Dans son rapport d'expertise établi en date du 21 décembre 2005, le COMAI explique avoir procédé à un examen clinique en date du 23 août 2005, un examen psychiatrique le 20 septembre 2005 et un examen spécialisé rhumatologique le 6 septembre 2005. La quantification des limitations de la capacité de travail en terme de présence et de rendement a été décidée lors d'une conférence de consensus entre les médecins qui ont participé à l'expertise. Les experts relèvent que toute l'histoire médicale de l'assuré a commencé le 2 décembre 2002, lors de travaux de maçonnerie dans un tunnel à la Praille; l'expertisé aurait chuté, ce qui a occasionné un coup dans le dos avec une perte de connaissance de quinze minutes. Ce qui est étrange, c'est que ni l'employeur ni le médecin traitant ne font allusion à cette chute en la mentionnant comme facteur déclenchant. Les plaintes principales de l'assuré sont constituées par des douleurs profondes, osseuses, qui commencent au pied gauche et augmentent d'intensité; elles se présentent sous forme de brûlures, remontent le long du dos de la jambe, dans la région dorsale et jusque dans la tête. Les crises douloureuses sont accompagnées par des sudations qui réveillent l'assuré et l'empêchent de se rendormir. Le deuxième problème est constitué par les douleurs oculaires depuis avril 2003 et le troisième problème est en rapport avec une acidité œsophagienne postprandiale qui a motivé des investigations et un traitement couronné de succès. Dans son évaluation rhumatologique le 6 septembre 2005, Dr F_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation-rhumatologie, relève que l'assuré se plaint d'un point de vue rhumatologique principalement de lombosciatalgies gauches invalidantes, de cervico-brachialgies gauches ainsi que de douleurs de l'épaule gauche. Ce tableau est noyé dans des douleurs secondaires multiples, touchant l'ensemble du rachis et le membre inférieur gauche. D'un point de vue clinique, l'assuré est très démonstratif et plaintif à la moindre mobilisation articulaire, avec de nombreuses contre-pulsions. Au niveau lombaire, la mobilité est modérément réduite, sans contracture paravertébrale et sans niveau segmentaire précis. L'expert ne peut retenir de réel déficit radiculaire pouvant expliquer la présence d'une hyperesthésie du membre inférieur gauche, mais sans réel déficit de force, avec des réflexes ostéotendineux symétriques. Au niveau de l'épaule, il a constaté une bonne trophicité musculaire, une mobilité passive parfaitement conservée, une mobilité active qui semble globalement conservée avec un léger arc douloureux du côté gauche. Au niveau de la nuque, les rotations sont fortement limitées en raison de contre-pulsions et

d'évitements, alors que les inclinaisons semblent conservées. Vu le manque de fiabilité au niveau de l'examen clinique, le Dr F _____ s'est référé au bilan radiologique qui est relativement bien documenté. Ainsi, il a constaté qu'il n'y a pas d'hernie discale, ni de canal vertébral étroit et aucune explication ne permet de comprendre l'intensité de ces douleurs. En conclusion, le médecin déclare qu'il n'y a aucun élément objectif d'un point de vue rhumatologique pour expliquer les lombosciatalgies décrites comme invalidantes. L'examen électro-neuro-myographique ne montre pas de souffrance radiculaire motrice aux membres inférieurs ni d'argument en faveur d'une polyneuropathie sensitive. Dans l'ensemble, le médecin est amené à suspecter fortement un syndrome somatoforme douloureux sans substrat pathologique significatif au niveau ostéoarticulaire. La Dresse G _____, spécialiste FMH en psychiatrie, a procédé à une évaluation en date du 20 septembre 2005. Au status psychiatrique, elle relève que l'assuré est très méfiant, que, de langue albanaise, il maîtrise moyennement bien le serbo-croate et plutôt de façon modérée le français. Un doute très fort persiste sur ses facultés de compréhension ou éventuellement sur un affaiblissement intellectuel. La concentration est diminuée, avec des difficultés pour suivre l'entretien, la thymie est plutôt neutre, avec une notion de tristesse occasionnelle. Une angoisse importante est relevée, avec des attaques de panique probables lors de réveils nocturnes. Il n'y a pas de difficulté d'endormissement, mais des réveils nocturnes habituellement en raison des douleurs, mais rapidement associés à une angoisse importante et à un sentiment de mal-être, avec transpiration et palpitations cardiaques. Le patient présente une diminution de plaisir sans anhédonie, il n'y a pas de désir de mort, ni d'idéation suicidaire. Il n'y a pas d'isolement social, mais en revanche, une irritabilité, une nervosité et une agressivité verbale avec changement de comportement par rapport à fin 2002. Les diagnostics psychiatriques retenus sont un trouble panique (41.0) et un probable trouble mental. L'expert relève qu'il est nécessaire de convaincre l'assuré de l'utilité d'un traitement antidépresseur conventionnel et d'assurer une prescription régulière à dose thérapeutique. Toutefois, malgré une meilleure évolution clinique de la symptomatologie anxieuse, avec la prescription d'antidépresseurs et l'amélioration du fonctionnement cognitif et social, dans ce contexte, il est relativement peu probable que l'assuré récupère sa capacité de travail à un pourcentage supérieur à 50 %. Même si l'évolution médicale s'avère plutôt bonne dans le temps, un contexte non médical (âge et niveau scolaire) rend les capacités d'adaptation de l'assuré limitées. En définitive, le COMAI a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant au sens de la CIM 10 (F 45.4), et trouble panique (anxiété épisodique paroxystique), F 41.0. Dans leur appréciation du cas et pronostic, les experts relèvent qu'une IRM du cerveau datant du 11 juillet 2005 montre trois lésions punctiformes traduisant des foyers ischémiques. Elles n'expliquent cependant pas non plus la symptomatologie algique, ni mentale. L'épisode déclenché en 2002 sur le chantier doit être interprété comme une attaque de panique, les circonstances de l'évènement et le manque de prise en charge médicale immédiate renforçant la conviction des médecins. Ainsi, les experts évoquent un diagnostic de trouble somatoforme douloureux en raison de la présentation clinique qui ne correspond à aucune entité pathologique connue et qui est en discordance avec les plaintes de l'assuré, ainsi que de la présence d'un trouble anxieux. La capacité de travail dépend uniquement de l'atteinte psychique qui en soi n'est pas grave, mais qui, avec le manque de ressources propres, diminue la capacité de travail. En raison de ces faibles ressources, le pronostic est réservé. S'agissant des influences des atteintes à la santé sur la capacité de travail, les experts relèvent que les douleurs sont aggravées par les mouvements exercés dans la profession de maçon et conduisent à un épuisement moral et

physique en raison de leur exacerbation en cours d'activité. Pour autant que l'assuré n'ait ni à soulever ni à transporter de charges lourdes, la capacité de travail est réduite à l'heure actuelle à 50 %, pour des raisons psychiatriques. Les médecins indiquent qu'il est possible que la réinsertion en soi puisse déclencher un effet positif, avec reconstitution des ressources propres et éventuellement, à long terme, une amélioration de la capacité de travail. Le SMR Suisse-romande, dans un avis daté du 13 février 2006, considère que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ne saurait être retenu, les critères nécessaires n'étant pas présents dans le texte de l'anamnèse ou du status psychiatrique de l'expertise. Le sentiment de détresse associé à des douleurs persistantes et intenses n'est jamais décrit, de plus, l'appétit est conservé, il n'y a pas d'anhédonie, pas de désir de mort ni d'idéation suicidaire. Quant au trouble panique, ce diagnostic est selon l'expert plutôt une "déduction" d'après les symptômes décrits par l'assuré qu'il formule avec difficulté. Aucun des éléments habituels, palpitations, douleurs thoraciques, sensation d'étouffement, étourdissement ou sentiment d'irréalité n'est constaté à l'examen psychiatrique, ni retrouvé à l'anamnèse psychiatrique. Ce diagnostic, qui n'est pas invalidant en soi, ne saurait être retenu. Ainsi, selon le SMR, l'assuré ne souffre d'aucune atteinte à la santé au sens de la loi sur l'assurance-invalidité. Par décision du 22 mars 2006, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif que sa capacité de travail est restée entière dans son activité habituelle de maçon. L'OCAI motive sa décision par le fait que, nonobstant l'expertise médicale, il doit s'écarter des conclusions qui retiennent une capacité de travail réduite ou nulle, si le médecin expert s'est fondé des éléments étrangers à l'assurance-invalidité ou s'il a tenu compte de critères qui ne sont pas juridiquement déterminants pour apprécier le caractère invalidant du trouble somatoforme. En l'occurrence, le syndrome douloureux somatoforme persistant ne saurait être retenu, car les critères nécessaires ne sont pas présents. Par ailleurs, l'assuré ne présente pas d'atteinte psychique depuis son dernier jour de travail. Le 8 mai 2006, l'assuré, représenté par Me Zoltan SZALAI, a formé opposition. Il conteste l'appréciation de l'OCAI et se réfère au rapport du COMAI, relevant que le trouble panique a été tout à fait diagnostiqué par les experts. D'autre part, les médecins du SMR se contentent en quelques lignes d'écarter le syndrome douloureux somatoforme ainsi que l'atteinte psychique, sans motiver réellement leur position. Il considère que la décision de l'OCAI est erronée. Par décision du 8 août 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré, en se référant à la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux. L'OCAI expose que la limitation de la capacité de travail évoquée par les experts du COMAI de Genève n'apparaît absolument pas convaincante, de sorte qu'elle ne peut être retenue. En effet, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant peut déjà être en lui-même contesté, dès lors que les critères nécessaires à la pose de ce diagnostic n'apparaissent pas remplis, si l'on s'en tient à l'anamnèse et au statut psychiatrique relaté dans le rapport d'expertise en question. En tout état de cause, même si ce diagnostic devait être retenu, il ne pourrait être considéré comme invalidant, dès lors qu'aucune pathologie psychiatrique grave associée n'a été diagnostiquée. L'assuré a interjeté recours en date du 14 septembre 2006, relevant qu'avant décembre 2002, et pendant plus d'une vingtaine d'années, il a exercé la profession de maçon et assumé normalement ses tâches familiales. Il n'a présenté jusque-là aucun problème intellectuel, cognitif ou social. Les lombalgies, la polyneuropathie et la tendinopathie avaient été diagnostiquées déjà auparavant, mais ces affections n'avaient entraîné aucune diminution effective de sa capacité de travail. Il se réfère à l'expertise interdisciplinaire établie par le COMAI de Genève en date du 21 décembre 2005, qui conclut à l'existence d'un trouble somatoforme douloureux et d'un

trouble panique. Il allègue toutefois que l'expertise interdisciplinaire est lacunaire sur un point important, dans la mesure où elle a omis d'explorer la question de l'état mental, dès lors que le résultat du mini mental state, avec un résultat de 17 points sur 30, laisse suspecter une atteinte significative à la santé mentale. Il soutient que les scores de 20 points et en-dessous n'ont été observés que dans des cas de démence, d'état confusionnel et de schizophrénie. A cela s'ajoute la présence de foyers ischémiques constatés lors de l'IRM du cerveau du 11 juillet 2006, élément qui a été négligé, à tort. Enfin, contrairement à ce que mentionne l'expert, il existe un isolement social, dès lors qu'il n'a pas de copains, ni d'amis, mais des contacts uniquement avec sa famille, un tel isolement pouvant probablement être associé au trouble panique. Le recourant conclut préalablement à ce qu'une nouvelle expertise interdisciplinaire soit ordonnée et, principalement, à l'annulation de la décision sur opposition et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Dans sa réponse du 25 septembre 2006, l'OCAI se réfère aux pièces du dossier et aux motifs ressortant de sa décision sur opposition. Il conclut au rejet du recours. Dans ses écritures du 17 octobre 2006, le recourant relève que l'OCAI se contente de renvoyer aux motifs exposés dans sa décision et aux pièces du dossier, faisant délibérément abstraction des deux éléments de fait importants qui n'ont pas été examinés dans la décision entreprise, soit l'atteinte à la santé mentale et le contexte ischémique corroboré par l'IRM. Il persiste intégralement dans ses conclusions. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans ses écritures du 1^{er} novembre 2006, relève que l'argumentation du recourant n'apparaît pas pertinente, dès lors qu'il résulte du rapport d'expertise interdisciplinaire du 21 décembre 2005 que toute explication utile et nécessaire a été donnée au sujet des résultats de l'IRM et de l'atteinte à la santé mentale du recourant. Selon le rapport d'expertise, d'une part l'affaiblissement intellectuel mis en évidence chez l'assuré n'est non seulement et selon toute probabilité pas récent, mais encore et surtout, il ne l'a jamais empêché de fonctionner et de travailler normalement pendant de nombreuses années. D'autre part, les résultats de l'IRM du cerveau ont été discutés et analysés à satisfaction, dès lors que les experts relèvent que les lésions punctiformes constatées à l'IRM n'expliquent aucunement la pathologie algique, ni même aucunement une quelconque pathologie mentale chez le recourant. L'OCAI persiste intégralement dans les termes et conclusions de ses précédentes écritures. Ces écritures ont été communiquées au recourant en date du 18 janvier 2007. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} 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. Interjeté dans les formes et délais prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA). L'objet du litige consiste à déterminer si le recourant présente une atteinte à la santé ouvrant droit à des

prestations de l'assurance-invalidité et, dans ce cadre, si l'expertise COMAI a valeur probante ou non. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité. En revanche, 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 (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). 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 lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 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. 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 malade 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], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, 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). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). 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 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). En l'espèce, les experts du COMAI ont retenu les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant (CIM-10 : F 45.4), sous forme principalement de lombosciatalgies gauches invalidantes, de cervicobrachialgies gauches et de douleurs de l'épaule gauche, associé à un trouble panique (anxiété épisodique paroxystique) F 41.0 et probable trouble mental. En raison des troubles dégénératifs modérés, le recourant doit éviter de soulever et transporter des charges lourdes. Mais la capacité de travail du recourant dépend uniquement de l'atteinte psychique, eu égard également au manque de ressources propres (facultés de mentalisation absentes). Le recourant n'est ainsi plus en mesure de reprendre une activité physiquement exigeante, mais peut en revanche mettre à profit une capacité de travail de 50 %, pour des raisons psychiatriques, dans une activité physique légère. L'intimé conteste la valeur probante de l'expertise du COMAI, considérant que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ne peut être retenu, les critères nécessaires au diagnostic n'étant pas présents, alors que le recourant estime que l'aspect psychiatrique a été sous-estimé. Le Tribunal de céans rappelle que l'expertise pluridisciplinaire, qui prend en compte l'ensemble des différents troubles présentés par l'assuré et leurs interférences possibles, est le moyen le plus approprié à la détermination objective de la capacité de travail. En outre, les réponses aux questions posées font l'objet d'une discussion entre les différents experts consultés qui doivent apporter des réponses communes sur la base d'un consensus (MEINE, L'expert et l'expertise - Critères de validité de l'expertise médicale, in : L'expertise médicale, Genève 2002, p. 23 sv.; PAYCHERE, Le juge et l'expert - Plaidoyer pour une meilleure compréhension, ibidem, p. 147). En l'occurrence, pour rendre leurs conclusions, les experts se sont adjoint les services d'un médecin psychiatre, la Dresse G_____, ainsi que d'un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation-rhumatologie qui, tous deux, ont retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, en l'absence d'atteinte ostéoarticulaire significative objective. La psychiatre a d'autre part posé les diagnostics de trouble panique (anxiété épisodique paroxystique) et probable trouble mental. Or, ce trouble panique, classé sous chiffre 41.0 dans la classification internationale de la CIM-10, constitue, par rapport aux troubles somatoformes douloureux, une comorbidité psychiatrique, qui se manifeste dans le cas du recourant sous forme de malaises, d'angoisse importante avec attaques de panique lors de réveils nocturnes (transpirations profuses, tachycardies, difficultés respiratoires avec oppressions thoraciques, peur de mourir). Lors de l'appréciation de la gravité du trouble psychique, en relation avec les lombosciatalgies et les troubles dégénératifs modérés du rachis, les experts ont considéré qu'il limitait la capacité de travail, en raison également du manque de ressources propres, à 50 % dans une activité adaptée. Concernant les trois lésions mises en évidence à l'IRM du cerveau du 11 juillet 2005, les experts relèvent qu'elles sont minimes, anciennes, bien que l'assuré se montre très limité dans ses fonctions cérébrales supérieures, et qu'elles n'expliquent pas la symptomatologie algique, ni mentale. Le recourant a pu fonctionner d'une manière globalement satisfaisante malgré un manque de formation et un niveau scolaire et intellectuel plutôt bas. Pour les experts, les changements intervenant sur le caractère peuvent être expliqués par la décompensation du trouble anxieux. Ainsi, contrairement à ce que soutient le recourant, les experts ont bien pris en compte les résultats de l'IRM. Certes, les médecins mentionnent également, en rapport avec le pronostic défavorable quant à la reprise du travail à temps complet, des connaissances scolaires et des

ressources professionnelles rudimentaires; ils se fondent cependant principalement sur l'atteinte psychique et le manque de ressources propres pour justifier leur appréciation quant à la capacité de travail restreinte actuellement et ce, malgré le traitement d'antidépresseurs. Le Tribunal de céans constate que le rapport d'expertise du COMAI se fonde sur des examens cliniques et paracliniques complets et prend en considération les plaintes exprimées par le recourant. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires et les conclusions dûment motivées. Il s'ensuit que ce rapport remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (ATF 125 V 352 consid. 3a et la référence). Partant, il n'a aucune raison de s'écarter de ses conclusions. Reste à déterminer le degré d'invalidité du recourant, compte tenu d'une capacité résiduelle de 50 % dans une activité légère. 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; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: 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 dossier ne contenant pas de documents permettant d'établir avec précision le salaire que le recourant réalisait comme maçon avant son atteinte à la santé, la cause sera renvoyée à l'intimé afin qu'il instruisse ce point, détermine quel est le degré d'invalidité du recourant et fixe, par une nouvelle décision, le montant de la rente correspondant au degré d'invalidité retenu. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. *** PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement au sens des considérants. Annule les décisions des 22 mars 2006 et 8 août 2006. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. Condamne l'OCAI à payer au recourant la somme de 800 fr. à titre de participation à ses frais et dépens

ainsi qu'à ceux de son mandataire. 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 Sylvie CHAMOIX La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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