

GE_GERICHTE A/45/2008 vom 8. September 2008

GE Cour de justice, 2008-09-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_45_2008

FR: GE_GERICHTE A/45/2008 du 8 septembre 2008

IT: GE_GERICHTE A/45/2008 del 8 settembre 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 08.09.2008
A/45/2008

A/45/2008 ATAS/1016/2008 du 08.09.2008 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/45/2008
ATAS/1016/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES
SOCIALES Chambre 8 du 8 septembre 2008 En la cause Monsieur O _____ ,
domicilié à AVULLY, mais élisant domicile en l'Etude de Me Grégoire REY, rue de
Candolle 6, GENEVE recourant Contre OFFICE CANTONAL DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE , sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT
Ressortissant portugais titulaire d'un permis d'établissement, O _____, né en 1965, a
travaillé comme chauffeur-installateur sanitaire jusqu'au 20 mars 2001, date à laquelle il
s'est trouvé empêché de travailler à 100%. Son dernier salaire mensuel s'est élevé à
Fr. 4'560.-, payable 13 fois l'an. Invoquant souffrir de douleurs dorsales depuis dix ans, il a
présenté, le 6 août 2002, une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de
l'assurance-invalidité (OCAI), tendant à l'octroi de mesures d'orientation professionnelle.
Selon les rapports de la division de rhumatologie des HUG (où il a séjourné du 2 au 13
juillet 2001), des 27 juin et 13 juillet 2001, le patient souffrait de lombosciatalgies gauches
chroniques et de cervicalgies communes chroniques, en exacerbation depuis plusieurs mois,
survenant dans un contexte familial et professionnel difficile. Deux IRM (dorso-lombaire et
cervicale) avaient montré une discopathie L4-L5, un tassement C6 et C7, ainsi qu'une
protrusion discale C5-C6. L'examen clinique n'avait fait apparaître aucune syndrome
lombovertébral, ni cervical, ni signes d'irritation radiculaire. En outre, 4 points de
fibromyalgie sur 18 avaient été constatés. L'évolution était favorable du point de vue des
lombosciatalgies, mais stationnaire s'agissant des cervicalgies. Dans ce contexte de
douleurs chroniques, les médecins suggéraient l'introduction d'un antidépresseur
tricyclique afin d'élever le seuil douloureux, ainsi qu'un suivi psychiatrique. Selon un
« résumé de séjour » à la clinique de psychiatrie des HUG, où il a été hospitalisé en entrée
non volontaire du 9 octobre 2001 au 8 février 2002 (à la suite de l'abandon de sa femme et
de l'éloignement de leur fils), le patient souffrait d'un épisode dépressif sévère, sans signe
psychotique (CIM 10) (rapport du 8 février 2002). D'après un rapport de la division de
rhumatologie des HUG, du 24 avril 2002, le patient présentait des lombosciatalgies
bilatérales chroniques non spécifiques et des cervicobrachialgies chroniques non
spécifiques, ces dernières dans un contexte d'anciens tassements vertébraux de C6 et C7
connus, post-traumatique. Au vu de l'absence de syndrome d'irritation radiculaire ou
déficitaire, il n'y avait pas d'indication à pratiquer une imagerie complémentaire. L'état
dépressif contribuait à l'augmentation de son tableau douloureux. Dans un rapport du 12
février 2003 destiné à l'OCAI, le Dr L _____, médecin généraliste traitant depuis
octobre 2000, a diagnostiqué des cervico-lombalgies chroniques depuis 1990, un syndrome

douloureux depuis début 2000, un épisode dépressif sévère, sans signes psychotiques, depuis avril 2001. Selon le praticien, au vu de l'absence d'amélioration des dorsalgies, dont les douleurs allaient s'aggravant, et de l'absence de bénéfices des traitements en rhumatologie, il semblait douteux qu'une intégration du patient dans une quelconque activité professionnelle telle que pratiquée jusqu'alors soit envisageable, voire souhaitable. D'autre part, malgré la personnalité de l'intéressé, il semblait souhaitable que celui-ci bénéficie d'un reclassement professionnel. Le Dr L_____ a en outre attesté que la capacité de travail du patient était nulle dans sa profession et que celle-ci ne pouvait être améliorée par des mesures médicales. Dans une activité « moins astreignante », la capacité de travail était de 50%, tenant compte de ses limitations fonctionnelles (notamment position assise ou debout limitée à 2-4 par jour ; sans port de charge, ni travail en hauteur, à genoux ou en inclinant le buste). La date du début d'une telle activité devait en outre être évaluée « après stage à l'OCAI ». Dans son rapport du 12 mai 2003, la Dresse M_____, psychiatre traitante depuis le 23 juillet 2001, a diagnostiqué un épisode majeur de grande sévérité, épisode isolé, sans mélancolie, sans signes psychotiques, en voie de chronicisation (DSM IV), un trouble de la personnalité type borderline, ainsi qu'un état douloureux généralisé de type fibromyalgique. Les troubles psychiques étaient réactionnels au licenciement du patient, à la faillite de son entreprise et à la séparation d'avec sa femme et son fils, et influençaient grandement l'affection actuelle. Son état de santé était stationnaire. Sa capacité de travail était nulle et ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. Le patient n'arrivait pas à envisager de travailler, se sentant démotivé pour tout, passant ses journées allongé sur son canapé, ne parvenant pas, la plupart du temps, à faire les petites tâches ménagères que lui attribuait sa nouvelle compagne, par ailleurs enceinte de ses œuvres. « Pour le moment », le patient était inapte au travail. Si une période un peu plus faste survenait, une réadaptation à la vie professionnelle serait « plutôt envisageable ». Dans une note du 10 juin 2003, le médecin-conseil de l'OCAI a constaté que l'assuré présentait des dorsolombalgies sans substrat organique important et un état dépressif suite à des problèmes conjugaux. Il a ainsi préconisé la mise en œuvre d'une expertise rhumato-psychiatrique. A cette fin, l'OCAI a mandaté, le même jour, le SMR Genève-Vaud. Ce Service a toutefois tardé à convoquer le patient. Aussi, le dossier a finalement été transmis au COMAI de Genève en vue de procéder à ladite expertise (cf. note de la gestionnaire AI, du 8 décembre 2004), laquelle sera finalement effectuée le 25 juin 2005 (ci-dessous, § 12). Dans rapport du 10 février 2004, le Dr N_____, rhumatologue FMH, qui a examiné l'assuré à la demande du Dr L_____, a constaté en particulier la présence de 2 points de fibromyalgie douloureux sur 18. Le patient présentait des cervicobrachialgies et des lombosciatalgies bilatérales sans qu'il n'y ait clairement de syndrome vertébral ni radiculaire. Le tableau était compatible avec un trouble somatoforme douloureux devant la dissociation entre la souffrance du patient et les anomalies objectives à l'examen clinique. Il s'y associait clairement un état dépressif, pour lequel le patient était suivi régulièrement par un psychiatre. Cet état dépressif pouvait tout à fait aggraver le tableau douloureux. Une reprise dans l'activité d'installateur sanitaire semblait exclue. Le praticien était en outre pessimiste quant à la possibilité d'un reclassement professionnel, le patient ayant « visiblement lâché prise » et faisant preuve d'un manque total de motivation avec un état dépressif chez un patient qui se déclarait par ailleurs incapable de s'occuper et de gérer son deuxième enfant, âgé de sept mois (né le 9 juillet 2003). Tous les types de physiothérapies envisageables s'étaient avérés inefficaces ou mal tolérés. Le praticien estimait peu probable une

amélioration du tableau douloureux et préconisait de traiter de manière plus agressive les troubles dépressifs, tout en indiquant par ailleurs qu'il n'avait pas de nouvelles propositions au sujet d'éventuels traitements ou investigations pour les douleurs rachidiennes. Dans un courrier du 16 juin 2005, le Dr N _____ indiquait que la situation paraissait inchangée depuis février 2004. Il persistait des douleurs du rachis cervical sans limitation significative de la mobilité ni contracture musculaire. La mobilité de la colonne lombaire était limitée par les douleurs, mais sans syndrome lombo-vertébral objectif. Il y avait aussi des douleurs rétrochantériennes de la hanche droite. Selon le rapport d'expertise interdisciplinaire du Centre d'expertise médicale du Centre d'intégration professionnelle de Genève, du 27 juin 2005, établi sur la base d'examen rhumatologique (14 mars 2005) et psychiatrique (8 avril 2005), l'assuré présentait, sur le plan somatique, des cervicalgies et lombalgies sur troubles statiques dégénératifs (discopathie L5.S1 avec minime contusion discale, protrusion discale C5-C6-C7). L'imagerie médicale montrait des signes dégénératifs et des troubles statiques modérés ne pouvant expliquer le degré d'invalidation subjective, même si une activité avec des sollicitations physiques importantes pouvait être responsable d'une exacerbation des douleurs. Sur le plan rhumatologique, l'activité lourde d'installateur-sanitaire sur chantier était inadéquate. En revanche, pour une activité légère à modérément lourde, sa capacité de travail était entière. Sur le plan psychiatrique, l'assuré, qui vivait depuis trois ans (ie : juin 2002) avec sa compagne et leur enfant d'un an et demi, se désinvestissait pour les soins de l'enfant, ce qui représentait une source de conflit dans le couple. Il n'avait pas d'amis proches, mais connaissait beaucoup de gens de son quartier. Il présentait un trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif (F 60.3), qui avait sans doute entraîné chez lui un comportement fréquemment inadéquat et socialement peu adapté (possession d'armes à feu sans autorisation, tricheries professionnelles, dettes, menaces de passage à l'acte hétéro-agressif). Le patient était incapable de se remettre en question. Le trouble de la personnalité (dont il souffrait depuis son jeune âge) et une anosognosie faisaient un terrain psychique peu favorable pour une capacité d'adaptation et de réinsertion sociale. Il était tout de même important de réinsérer l'assuré dans une activité lucrative ou occupationnelle adaptée à ses limitations physiques. L'épisode dépressif sévère, manifesté en 2001-2002, suite à l'échec de son deuxième mariage, n'avait plus actuellement d'expression clinique. Le patient laissait l'impression d'être peu motivé à récupérer une capacité de travail. Par ailleurs, vu la longue durée de la médication à une réponse que partiellement satisfaisante, ainsi que la persistance d'une impulsivité et d'un mauvais contrôle des émotions du patient, les experts suggéraient un changement médicamenteux et même l'introduction d'un neuroleptique atypique et recommandaient une intensification du suivi psychiatrique, notamment en vue d'un soutien pour une reprise d'activité professionnelle. Par ailleurs, depuis le 21 mars 2001, l'activité exercée jusqu'alors n'était pas exigible. Dans un emploi adapté à ses limitations [changements réguliers de position ; pas de contacts avec la clientèle en raison d'une forte projectivité (énervement, rage) et pas d'interréactions fréquentes avec une équipe], la capacité de travail était intacte. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables à raison de 8 heures par jour, sans diminution de rendement. En effet, même s'il était asocial, l'assuré était capable de se réinsérer, ce qui était du reste préconisé sur le plan médical, cela dans le but de structurer ses journées et lui donner une meilleure image de lui-même. Les douleurs, expliquées par les troubles dégénératifs modestes, avaient conduit l'assuré à s'adapter professionnellement en changeant de métier : d'installateur-sanitaire, il était devenu chauffeur-livreur, mais, pour des raisons psychologiques, il ne se voyait pas reprendre cette

dernière profession actuellement. Par décision du 4 août 2005, l'OCAI a rejeté la demande de reclassement professionnel. S'appuyant sur « une récente expertise médicale pluridisciplinaire », selon laquelle la capacité de travail était entière dans des activités légères permettant des changements réguliers de position, cet Office a retenu un degré d'invalidité de 15% (au lieu des 20% requis), compte tenu d'un revenu annuel sans invalidité de Fr. 65'256.75 (gain réalisé en 2000) et d'un salaire statistique d'invalidé de Fr. 55'506.60 (données ESS 2000). Par acte du 13 septembre 2005, complété le 13 octobre suivant, l'assuré a formé opposition contre cette décision. Il a conclu préalablement à la communication de l'expertise en question, dont il n'avait pas eu connaissance. Estimant par ailleurs ne pouvoir exercer qu'une activité lucrative légère à 50%, il a conclu à la constatation d'un taux d'invalidité « au minimum de 50% », ainsi qu'à l'octroi d'une « rente correspondante ». « Pour le surplus », il a demandé à être mis au bénéfice d'une mesure de reclassement professionnel, dans la mesure où, « pour une différence estimée de 5%, on semble préférer laisser (l'assuré) à la fois sans ressources et sans possibilité de réinsertion ». Par actes des 12 juillet et 25 septembre 2006, et 29 mars 2007, l'assuré a requis, en vain, de l'OCAI de statuer sur son opposition à sa plus proche convenance. Dans ces conditions, par courrier du 27 septembre 2007, il a saisi le Tribunal de céans d'un recours pour déni de justice. Par décision sur opposition du 26 novembre 2007, l'OCAI a confirmé son refus de prestations du 4 août 2005. Il a également refusé une aide au placement. Par arrêt du 13 décembre 2007, le Tribunal de céans a constaté que le recours précité était devenu sans objet. Il a néanmoins alloué des dépens au recourant estimant que les chances de succès dudit recours auraient été grandes. A cet égard, il a en particulier retenu qu'il s'était écoulé plus de deux ans entre l'opposition et la décision du 26 novembre 2007 et que ce retard n'était justifié par aucune mesure d'instruction, l'Office intimé ayant finalement motivé sa décision par un rapport d'expertise rendu en juin 2005 déjà. Par acte posté le 7 janvier 2008, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition du 26 novembre 2007. Il a « préalablement » conclu à l'annulation de ladite décision pour violation du droit d'être entendu, respectivement à la production du rapport multidisciplinaire précité, ainsi qu'au renvoi du dossier à l'OCAI pour nouvelle décision, cela dans le délai d'un mois, après réception de ses déterminations. Subsidiairement, le recourant a demandé au Tribunal de « dire qu'il avait droit à une rente d'invalidité » et a sollicité l'octroi d'une mesure de reclassement. Il a par ailleurs exposé avoir finalement repris une activité lucrative de courtier dès 2005 (recte : 1^{er} juin 2006) auprès de ADF Courtage, d'abord à 20%, puis, dès janvier 2007, à 50% (salaire mensuel Fr. 2'500.-). Dans ses observations du 7 février 2008, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Tout en produisant l'intégralité du dossier, cet Office a par ailleurs invité le Tribunal de céans à ordonner un second échange d'écriture, afin de réparer le vice allégué sans prolonger inutilement la procédure, en application du principe de l'économie de la procédure. Dans un courrier du 3 mars 2008, l'assuré a fait valoir qu'une réplique ne permettrait pas de réparer la violation de son droit d'être entendu, car cela reviendrait à confier au Tribunal de céans le soin de prononcer une décision de première instance, « alors que cette tâche incombait et incombe d'ailleurs à l'Office lui-même ». Selon lui, le vice invoqué emportait de graves conséquences, dès lors qu'il n'avait pas pu s'exprimer de manière éclairée avant la reddition d'une décision par l'Office, pas plus que dans le cadre de son opposition subséquente. Dans le délai imparti par le Tribunal, le recourant a répliqué, par acte du 17 avril 2008, en persistant dans ses conclusions. Il a en particulier fait valoir que l'OCAI avait mal apprécié le rapport d'expertise médicale interdisciplinaire du 27 juin 2005, lequel était par ailleurs allé dans le

même sens que tous les avis médicaux précédemment émis et versés à la procédure. Selon lui, les experts n'avaient pas conclu à une pleine capacité de travail (dans une activité adaptée). La réponse était « plus nuancée », car il ne pouvait travailler que sous certaines conditions, en particulier, sur le plan psychiatrique, il ne pouvait aborder une clientèle en raison d'une forte projectivité. Le recourant a encore exposé avoir retrouvé un emploi par ses propres moyens, car il était désireux de travailler. Par ailleurs, se référant à un revenu « raisonnablement exigible » de Fr. 65'256.75 (ie : salaire annuel réalisé en 2000), l'invalidité était de 45.97%, compte tenu de son revenu actuel. En retenant une invalidité de 15%, l'OCAI avait « opportunément placé M. Da Silva sous le seuil d'allocation de rente ». Dans sa duplique du 10 juillet 2008 (transmise au recourant pour information), l'OCAI a persisté dans sa position, faisant valoir que le rapport d'expertise interdisciplinaire du 27 juin 2005 avait attesté que la capacité de travail de l'assuré était entière (8 heures par jour sans diminution de rendement) dans toute activité professionnelle adaptée. Pour le surplus, ledit rapport revêtait pleine valeur probante. Par ailleurs, le calcul du degré d'invalidité effectué par le recourant était erroné, dans la mesure où il retenait, dans son activité actuelle, un revenu exigible avec invalidité de Fr. 30'000.-, représentant un taux d'occupation de 50%, « qui correspond à un temps partiel et non à une diminution de rendement ». Au demeurant, aucune raison médicale ne plaidait en défaveur de l'exercice à plein temps dans ladite activité. Les autres faits et moyens de la cause seront examinés, si nécessaire, dans les considérants qui suivent. EN DROIT L'objet du recours ressortit à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI), si bien que le Tribunal de céans est matériellement compétent pour statuer en l'espèce (art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire). Interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente et dans les formes prescrites, par un assuré directement touché dans ses intérêts juridiquement protégés par la décision querellée, le présent recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003. Le litige concerne le droit éventuel du recourant à des mesures d'ordre professionnel, respectivement une rente d'invalidité, et porte sur le point de savoir si celui-ci présente une incapacité de travail et de gain fondant le droit à ces prestations. Préalablement, il sied de relever qu'à la suite de l'échange d'écritures ordonné dans le cadre de la présente procédure, le recourant a finalement pu se déterminer sur le contenu du rapport d'expertise médicale interdisciplinaire du 27 juin 2005. Dans la mesure où l'état du dossier permet ainsi désormais au Tribunal de céans de rendre un jugement sur le fond, il ne se justifie pas, en vertu du principe de l'économie de procédure, de donner suite à la conclusion du recourant tendant au renvoi de la cause à l'Office intimé pour nouvelle décision (comp. ATF du 5 mars 2008, 8C_165/2007, consid. 3.4.2 in fine ; ATF 112 V 206 consid. 2b). Sur le plan matériel, la LPGA, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), les circonstances commandent d'examiner le bien-fondé de la décision sur opposition du 26 novembre 2007 à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF

129 V 1 consid. 1.2 p. 4). Cela étant, il y a lieu de relever que les normes de la LPGA sur l'incapacité de gain (art. 7), l'invalidité (art. 8) et l'évaluation de l'invalidité (art. 16) correspondent aux notions précédentes de l'assurance-invalidité telles que développées jusqu'à ce jour par la jurisprudence (ATF 130 V 343). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Il doit ainsi 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et 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 certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe en particulier 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 des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATFA du 6 juin 2003, cause I 483/02, consid. 5.1). En outre, 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 (eod. loc.). Il conviendra ainsi d'attacher plus de poids aux constatations faites par exemple par un spécialiste d'un centre d'observation de l'assurance-invalidité ou d'une clinique orthopédique universitaire, qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (cf. ATF 125 V 353 consid. 3b/cc). A l'appui de la décision litigieuse, l'OCAI s'est fondé sur le rapport d'expertise médicale interdisciplinaire du 27 juin 2005, selon lequel l'assuré était totalement incapable d'exercer son ancienne profession depuis le 21 mars 2001 ; en revanche, dans un emploi adapté à ses limitations (changements réguliers de position ; pas de contacts avec la clientèle en raison d'une forte projectivité et pas d'interréactions fréquentes avec une équipe), la capacité de travail était intacte. Dans le cas particulier, on doit constater que cette expertise répond entièrement aux critères propres à lui conférer pleine valeur probante (cf. supra, § 6). D'autre part, le recourant n'amène pas d'éléments susceptibles de mettre sérieusement en doute l'évaluation médicale et les conclusions données par les experts. Il ne conteste d'ailleurs pas la valeur probante du rapport d'expertise du 27 juin 2005, allant jusqu'à prétendre, à tort, que ce document irait dans le même sens que tous les avis médicaux versés au dossier. En revanche, le recourant s'est limité à soutenir que l'OCAI aurait « mal apprécié » le rapport en question, lequel mentionnait que l'assuré ne pouvait travailler qu'« à certaines conditions ». Or ce dernier élément a bel et bien été pris en compte par l'OCAI, puisque cet Office a retenu que l'activité de remplacement exigible (à 100%) devait, précisément, être adaptée aux limitations physiques et psychiques de l'assuré. A cela s'ajoute qu'il n'existe pas de contestation déterminante entre les différents médecins relativement au diagnostic. Il n'y a

pas davantage de divergence sur le fait que l'état de santé physique de l'assuré ne lui permet plus d'exercer son ancienne activité d'installateur sanitaire à 100%, ni de porter des charges ou de garder des positions prolongées en flexion/rotation du rachis. En revanche, il subsiste un désaccord sur l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Selon les experts, ce taux s'élève à 100%. Pour les médecin-traitants, par contre, ce taux serait de 50% (rapport du Dr L_____ du 12 février 2003), voire nul (rapport de la Dresse M_____ du 12 mai 2003). Indépendamment du fait que ces derniers praticiens ne sont pas unanimes sur cette question, il convient d'évaluer leur avis avec circonspection, le médecin traitant étant 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 (ATF 125 V 351, consid. 3b). Pareille considération s'impose d'autant plus que ces praticiens n'ont pas motivé le taux d'incapacité qu'ils ont retenu. A cela s'ajoute que la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie – tel en particulier le syndrome douloureux généralisé de type fibromyalgique chronique diagnostiqué par la Dresse M_____ - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (Ulrich Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in : René Schaufhauser/Franz Schlauri (éd.), *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 64 sv., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss, spéc. p. 81 ss.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi Meyer-Blaser, op. cit. p. 83, spéc. 87 sv.) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATFA du 21 avril 2004 précité, consid. 3.3.2 ; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une 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 (ATFA du 21 avril 2004 précité, consid. 3.3.2 ; VSI 2000 p. 155 consid. 2c; Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss ; Mosimann, *somatoforme Störungen: Gerichte und (psychiatrische) Gutachten*, RSAS 1999, p. 1 ss et 105 ss. En l'occurrence, force est de constater que l'épisode dépressif majeur de grande sévérité, qui s'est manifesté chez l'assuré en 2001-2002, ne saurait, le cas échéant, constituer une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa

durée au sens de la jurisprudence précitée, dès lors que, selon le rapport d'expertise interdisciplinaire du 27 juin 2005, cet épisode n'avait alors plus d'expression clinique (rapport, p. 12) (comp. ATF du 24 janvier 2008, I 76/07, consid. 3.2). Au reste, dans son rapport du 12 mai 2003, la psychiatre traitante avait attesté que ladite affection n'était pas chronicisée. Le trouble de la personnalité diagnostiqué (émotionnellement labile type impulsif, F 60.3) n'est pas non plus une comorbidité ayant valeur de maladie, dans la mesure où l'assuré souffrait de ce trouble depuis son jeune âge, ce qui ne l'a pourtant pas empêché d'exercer une activité lucrative pendant de nombreuses années (comp. ATFA du 13 juillet 2005, I 626/04, consid. 5.1). Se pose dès lors la question du cumul éventuel d'autres critères permettant d'apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux litigieux. Sur ce point, il convient de tenir pour établie la présence d'affections corporelles chroniques. Cependant, les pièces médicales versées au dossier contiennent suffisamment d'éléments pertinents sur le plan psychiatrique pour que l'on puisse se convaincre de l'exigibilité d'une reprise du travail à plein temps de la part de l'assuré. En l'espèce, il n'y a en effet pas lieu de retenir l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique ou à l'échec de traitement conformes aux règles de l'art, les experts ayant préconisé un changement médicamenteux et même l'introduction d'un neuroleptique atypique et recommandé par ailleurs une intensification du suivi psychiatrique, notamment en vue d'un soutien pour une reprise d'activité professionnelle (comp. ATFA du 19 septembre 2004, I 648/03, consid. 6.2). On relèvera également, à cet égard, que l'assuré n'a pas épuisé ses ressources adaptatives, dans la mesure où il a régulièrement fait état de son envie de travailler et sollicité des mesures de réinsertion professionnelles (comp. ATFA du 13 juillet 2005, I 626/04, consid. 5.2). Au demeurant, malgré ses douleurs, l'assuré a été capable de reprendre une activité lucrative à 20% dès le 1^{er} juin 2006, puis à mi-temps dès le 1^{er} janvier 2007, - activité qui était d'ailleurs préconisée sur un plan thérapeutique. Par ailleurs, le recourant ne subit pas non plus une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. En effet, il s'est révélé en mesure de nouer une nouvelle relation sentimentale dès 2002 avec la mère de son second enfant, né le 9 juillet 2003, avec laquelle il vit toujours en concubinage à l'heure actuelle (ATAF du 10 juin 2008, C-3118/2006, consid. 11.3). En outre, l'expert, dans son rapport du 27 juin 2005, a constaté que l'intégration sociale était maintenue, que la (nouvelle) famille était intacte et que l'intéressé connaissait beaucoup de gens à son domicile (comp. ATF du 4 avril 2008, 9C_99/2007, consid. 4.3.2). Sur le vu de ce qui précède, il convient de retenir que les troubles somatoformes douloureux litigieux ne se manifestent pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur à plein temps de la capacité de travail du recourant ne peut plus être raisonnablement exigée de lui. Il y a lieu d'admettre au contraire le caractère exigible d'un effort de volonté de sa part en vue de surmonter la douleur et de se réinsérer dans un processus de travail à plein temps. Cela étant, force est de considérer, avec l'Office intimé, que l'assuré est effectivement apte à exercer à 100% une activité adaptée à son état de santé, soit sans port de charges et évitant des positions prolongées en flexion/rotation du rachis, ainsi que (le cas échéant), les contacts avec la clientèle ou les interractions fréquentes avec une équipe. A ce dernier propos, on observera que, dans le cadre de l'activité de courtier qu'il exerce à temps partiel depuis juin 2006, l'assuré apparaît en mesure de travailler en contact avec de la clientèle. Il convient de considérer que parmi toutes les activités qui peuvent être exercées dans ces conditions, il s'en trouve un certain nombre qui correspondent aux limitations du recourant. Compte tenu du large éventail d'activités non qualifiées que recouvrent les secteurs de la production et

des services énumérés dans les enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ESS table 1), un certain nombre d'entre elles sont nécessairement légères, permettent l'alternance des positions et ne nécessitent pas une position statique répétée, en porte-à-faux ou en flexion-extension (cf. dans ce sens ATFA du 21 janvier 2004, I 770/02, consid. 4.1 ; Plädoyer, 2002/6 p. 64, consid. 4b; SVR 2002 IV no 24 p. 76 consid. 3, cité), ni, le cas échéant, des contacts avec une clientèle ou des interractions fréquentes avec une équipe. Dans le cadre de la comparaison des revenus (art. 28 al. 2 LAI et 16 LPGa), il faut se placer au moment de la naissance du droit à la rente, respectivement de sa suppression ; les revenus avec et sans invalidité doivent alors 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 sur opposition litigieuse est rendue doivent également être prises en compte (ATFA du 22 janvier 2004, 71/03, consid. 3.1 ; ATF 125 V 369 consid. 2; VSI 2000 p. 313 consid. c). Dans le cas particulier, la naissance éventuelle du droit à la rente se situe en 2002 et la comparaison des revenus doit se faire à ce moment-là. Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 1997, p. 205 et 206) (ATFA du 31 juillet 2001, I 1/01, consid. 4). La preuve de l'existence de circonstances justifiant de s'écarter du revenu effectivement réalisé est soumise à des exigences sévères, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité et de la preuve de circonstances justifiant de s'écarter du revenu effectif en faveur ou en défaveur de l'assuré (cf. arrêt ATFA du 28 décembre 2004, I 290/04, consid. 3.2). En l'espèce, se référant au questionnaire rempli par l'employeur le 3 septembre 2002, l'Office intimé a retenu un revenu annuel sans invalidité de Fr. 65'256.75 (gain réalisé en 2000). Ce montant est expressément admis par le recourant (réplique du 18 avril 2008, p. 5). Actualisé en 2007 (année où la décision sur opposition du 26 novembre 2007 a été rendue), on obtient Fr. 72'761.66, compte tenu d'une indexation de salaire dans la branche principalement concernée d'installateur sanitaire (mémoire de recours du 26 décembre 2007, p. 3, § 4) de 3.6 en 2001, de 1.3% en 2002, de 1.3% en 2003, de 0.5 % en 2004, de 1.6 % en 2005, de 0.9% en 2006 et de 1.8% en 2007 (cf. point 30-33, de l'indice des salaires nominaux de l'OFS). S'agissant du salaire avec invalidité, il faut, selon le tableau ESS TA1 relatif à l'année 2002 (année du début du droit à la rente), partir d'un gain déterminant, toutes activités confondues dans le secteur privé, de Fr. 4'557.- par mois (valeur standardisée) pour des travaux simples et répétitifs (niveau 4) exercés par des hommes. Ce salaire mensuel hypothétique se fonde sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il y a donc lieu de l'ajuster à 41,9 heures par semaine (La vie économique, 12/2004, p. 94, tableau B 9.2), ce qui représente un salaire mensuel de Fr. 4'750.65 (Fr. 57'007.80 par an). Adapté à l'évolution des salaires selon l'indice ESS des salaires nominaux pour les hommes, le salaire annuel pour 2007 (année de la décision attaquée) serait de Fr. 60'390.80. Il convient encore d'appliquer un facteur de réduction au gain annuel statistique, conformément à la jurisprudence (cf. ATF 126 V 75), - ce que l'Office intimé a omis de faire en l'occurrence. Compte tenu de la situation personnelle et professionnelle du recourant, qui ne présente aucune limitation liée à l'âge, aux années de service, ou à la catégorie d'autorisation de séjour, un abattement de 10 % paraît approprié dans le cas particulier, si bien que le revenu d'invalidité se monte à Fr. 54'351.80. La comparaison des revenus aboutit à un degré d'invalidité de 9.9%, arrondi à 10 % (ATF 130 V 121). Ce taux ne permet pas l'octroi

d'une rente, ni d'ouvrir un droit au reclassement dans une nouvelle profession (soit 20% environ : ATF 124 V 110 consid. 1b). Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OCAI a rejeté les prétentions litigieuses. Partant, le recours devra être rejeté. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006, apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPG). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre Fr. 200.- et Fr. 1'000.- (art. 69 al. 1 bis LAI). Succombant, le recourant devra régler Fr. 500.- à titre d'émolument. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :** Statuant A la forme : Déclare recevable le recours ; Au fond : Le rejette ; Met un émolument de justice de Fr. 500.- 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 par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable . Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ). La greffière : Florence SCHMUTZ Le Président suppléant : Jean-Louis BERARDI 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.