

GE_GERICHTE A/50/2004 vom 25. August 2004

GE Cour de justice, 2004-08-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_50_2004

FR: GE_GERICHTE A/50/2004 du 25 août 2004

IT: GE_GERICHTE A/50/2004 del 25 agosto 2004

Erwägungen

E. 5

ème Chambre du 25 août 2004 En la cause Monsieur A _____, comparant par Me Denis MATHEY en l'étude duquel il élit domicile recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 Genève 3 intimé EN FAIT Monsieur A _____, ressortissant yougoslave né le février 1951, est arrivé en Suisse en 1987. Il y a travaillé comme monteur en échafaudages. Il a été victime d'un accident professionnel, glissant sur le pont d'un camion sur un tube métallique, en date du 26 août 1991. Depuis cette date, il a présenté une incapacité totale de travail. Le 22 décembre 1992, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de problèmes de dos, de nuque et de bras, visant à un placement. A la fin de l'année 1993, il a été soumis à une expertise psychiatrique effectuée par le Dr A _____. Dans son expertise du 24 novembre 1993, ce médecin a formulé les remarques suivantes : « La situation est claire. Monsieur A _____ est engagé dans un processus sinistrosique important avec des éléments de manipulation et de simulation. Cela dit, la responsabilité est également médicale, car bien vite à partir d'un diagnostic simple et clair (contractures, lumbago), on a laissé se développer une surenchère d'examens et de traitements divers. La capacité de travail est entière, mais Monsieur A _____, en concordance avec le diagnostic de sinistrose est convaincu du contraire. (...) Etant donné l'âge du patient et le diagnostic de sinistrose, il n'y a aucune raison d'attribuer une rente de l'assurance-invalidité ». Le Dr A _____ a encore exposé : « Monsieur A _____ se tient assis très droit dans le fauteuil et donne une impression de collaboration. Son discours paraît cependant peu crédible, il est incapable de décrire ses douleurs, ce qui est étonnant pour quelqu'un qui dit avoir été instituteur dans son pays. Il a une attitude démonstrative et charmeuse. (...) A la fin de l'examen, Monsieur A _____ se lève d'une manière très démonstrative, avec beaucoup de peine, boîte, soupire à n'en plus finir, se rhabille. Suivi dans la rue à son insu, il s'avère qu'il marche normalement et relativement vite ». Suite à la décision de l'assurance-invalidité du 22 juin 1994, refusant l'octroi d'un placement, l'assuré a interjeté recours, concluant à l'octroi de mesures d'ordre professionnel. Par décision du 13 décembre 1995 en la cause 535/1994, la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité, alors compétente, a admis le recours et renvoyé la cause à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) pour examen de mesures de réadaptation. L'assuré a été soumis à un stage d'observation professionnelle du 26 août au 25 novembre 1996. Les experts ont formulé les conclusions suivantes : « Par son comportement très démonstratif et peu collaborant, F. A _____ a cherché pendant le bilan CAM dans nos ateliers et lors de deux stages à l'extérieur à obtenir la reconnaissance d'une inaptitude au travail, bien qu'il dise « vouloir faire quelque chose ». L'observation objective des capacités résiduelles de cet assuré par les maîtres d'OSER permet de dire que hormis les limitations concernant le port de charges lourdes et la station

statique debout, A_____ peut travailler à plein temps en position assise, avec un rendement normal pour autant qu'il veuille bien s'en donner la peine. Cet assuré peut être actif dans les domaines suivants : montage de composants électromécaniques, montage de petite mécanique, opérateur de machine, polissage, gainerie, après une mise au courant en entreprise. Deux stages dans les entreprises X_____ et Y_____ ont confirmé le manque de motivation de l'assuré (arrivées tardives, absences sans prévenir et sans excuses). Son médecin-traitant, le Dr B_____, que l'assuré a consulté après quatre jours de stage chez Y_____, confirme qu'il ne voit pas de contre-indication à ce que son patient travaille à plein temps dans le domaine du polissage, en position assise et debout, sans port de charge. Etant donné l'attitude du stagiaire, nous ne pouvons aller plus avant dans la mesure de réadaptation (...) ». En date du 14 mai 1999, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité visant à l'octroi d'une rente, en raison de douleurs chroniques de la tête, du dos et d'épuisement. En date du 4 décembre 2000, son médecin-traitant, le Dr C_____ a écrit à l'OCAI l'informant que son patient avait été hospitalisé en division de rhumatologie du 17 au 26 mai 2000 en raison d'une aggravation de son état de santé dans le contexte d'un syndrome douloureux chronique. Ce médecin confirmait une progression de la maladie de l'assuré depuis 1997 et expliquait que son patient était suivi depuis par la consultation de la douleur, également à l'établissement hospitalier. le Dr C_____ appuyait la demande de son patient, tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité. L'assuré a été soumis à une expertise médicale conduite par le Dr D_____, spécialiste en médecine interne et en maladies rhumatismales. Cet expert a formulé, dans son rapport du 24 septembre 2001, les conclusions suivantes : « Pronostic : catastrophique. (...) Les limitations qualitatives et quantitatives au plan physique : cette question est sans objet. Considérant le cas de Monsieur A_____, nous sommes bien au-delà des mesures d'épargne du rachis. Les limitations au plan psychique et mental : comme je l'ai dit dans la discussion une expertise psychiatrique me semble absolument nécessaire. Je ne vois pas au plan social de limitations ». Répondant à des questions, cet expert a exposé que les troubles actuels motivaient une incapacité de travail totale. Il n'y avait pas de capacité résiduelle de travail. L'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible du tout. Il y avait une diminution totale du rendement. L'incapacité était diminuée de 20 % au moins depuis la date de l'accident, le 26 août 1991. L'incapacité de travail n'avait en fait pas évolué puisqu'elle était restée de 100 %. La possibilité d'améliorer la capacité de travail par une prise en charge psychiatrique, sous réserve de l'avis des experts psychiatres, demeurait faible mais restait la seule chance de réintégrer le patient dans la vie professionnelle. A la question s'il existait des éléments objectifs permettant d'admettre une aggravation notable par rapport à 1997, d'une part, et à mai 2000, d'autre part, l'expert a répondu : « Vu ce qui précède, je regrette de dire que cette question devient sans objet. Un patient comme Monsieur A_____, lorsqu'on lui demande de pratiquer une flexion antérieure, s'arrête où il veut. (...) Je ne peux donc pas répondre à cette question mais je pense qu'il n'y pas d'aggravation objective et notable depuis 1997 et depuis mai 2000. A la question « Y a-t-il une bonne concordance entre les plaintes et votre examen clinique et le comportement de l'assuré ? », l'expert a répondu : « Il y a en fait une très bonne concordance entre des plaintes extrêmement importantes et un examen clinique alarmant, car « parasité » par le comportement du patient. Quant au comportement de l'assuré, il est caricatural. Pour répondre à la question 2, il n'y a pas objectivement, si l'on ne tient pas compte du comportement de l'assuré, une bonne corrélation entre les plaintes, l'examen clinique et ce qui peut rester d'objectif cliniquement.

Encore une fois, je pense que nous devons cesser de nous occuper des problèmes du rachis de Monsieur A_____ et ne considérer que le problème psychiatrique dont l'ampleur devra être déterminée par des experts psychiatres ». Cet expert a encore précisé qu'il existait 4 points de fibromyalgie sur 18 et qu'il n'y avait aucun argument clinique en faveur d'une fibromyalgie pure.

E. 10

Le Dr E_____ du SMR Léman, institution dépendante de l'assurance-invalidité, a formulé les commentaires suivants dans un avis du 19 décembre 2001: « Refus de rente en 1997. Nouvelle demande du 14 mai 1999 pour aggravation des douleurs. Une hospitalisation de dix jours pour une prise en charge globale à la division de rhumatologie de l'établissement hospitalier en mai 2000 a permis d'exclure un syndrome lombo-vertébral et de constater la présence de tous les signes de Waddell. L'expertise rhumatologique du 24 septembre 2001 confirme également l'absence d'aggravation objective et notable. La description de la vie quotidienne du comportement montre que le trouble somatoforme douloureux est toujours présent tel qu'il a été décrit auparavant et c'est ce trouble qui est à l'origine de l'incapacité de travail totale attestée par le rhumatologue et non une affection somatique. Il n'a donc pas été possible d'objectiver une aggravation notable permettant de s'écarter de la décision de refus de 1997. (...) Il faut mandater un nouvel expert pour une expertise psychiatrique ».

E. 11

L'assuré a été soumis à une expertise psychiatrique en date des 3 mai et 3 juin 2002, conduite par le Dr F_____. Ce dernier a exposé les remarques suivantes : « Il se présente ponctuellement à mes consultations, faisant mille efforts pour s'asseoir et se lever dans la salle d'attente. Il vient jusqu'à la salle de consultation en se tenant la crête iliaque droite et le bas du dos à droite, se contorsionnant au point que cela donne l'impression d'une attitude non physiologique et irréaliste. (...) Il se montre évasif dans des réponses orientées mais se montre plus précis et dans une position moins algique quand on parle du Kosovo. Son discours est cohérent mais focalisé sur ses douleurs. Son français est de très bonne facture, les mots bien choisis, mais il fait une rétention volontaire de l'information. (...) Il se montre très manipulateur dans la relation. Il présente une mimique algique quand je l'observe et dirige mes questions sur les douleurs. Sinon, il bouge peu sur la chaise de consultation. Par moment, j'ai l'impression qu'il ne se donne pas la peine d'être souffrant, « comme s'il était sûr d'obtenir ce qu'il souhaite et de le mériter à tout prix ». Sa thymie est normale, sa voix bien modulée. Pas de signes d'abattement, pas de sentiments de dévalorisation, de culpabilité ou d'inutilité. Il garde sa capacité à sourire et rit parfois lorsque je lui pose des questions. Il est intelligent, partage bien le focus d'attention, ne faisant rien pour déplaire à l'examineur, au point de devenir obséquieux. Je note une discrétion majeure entre l'évocation des douleurs et sa mimique souvent expressive et non algique, tout comme sa présentation. Je ne mets pas en évidence d'éléments de la lignée psychotique tels que délire, hallucination acoustico-visuelle ou cinesthésique. Le cours, le contenu et la forme de la pensée sont sans problème. Pas de désorganisation conceptuelle. Pas de barrage idéique, pas de coq à l'âne, pas de trouble dissociatif. L'assuré est orienté aux divers modes. » L'expert a posé les diagnostics suivants : névrose de compensation, simulation (probable) et a estimé la capacité de gain de l'assuré complète et ceci immédiatement. Il a indiqué que l'expertisé était un simulateur, manipulateur qui devait être mis au travail au plus vite, les bénéfices secondaires actuels jouant un rôle prépondérant

dans son rôle d'invalidé. Le trouble somatoforme douloureux était à écarter, l'assuré marchant avec facilité, tout à fait normalement, sans boiterie et sans algie et avec un bon ballant des bras (observation de l'expert de la fenêtre et suivi dans la rue). Le pronostic était réservé car l'assuré présentait ce fonctionnement enkysté de longue date. Seule une remise au travail au plus vite pourrait rendre le pronostic meilleur.

E. 12

Par décision du 2 avril 2003, l'OCAI a rejeté la demande de prestations au motif que les deux expertises médicales tant en ce qui concernait les aspects physiques que psychiques confirmaient la capacité de travail de l'assuré.

E. 13

Par courrier du 8 avril 2003, le Dr C _____ s'est adressé à l'OCAI, l'informant d'une hospitalisation récente du 12 au 21 mars 2002 qui confirmait une fibromyalgie décompensée avec un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie. Toutefois, le rapport d'hospitalisation de l'établissement hospitalier du 27 mars 2003 annexé à ce courrier relevait que tous les examens effectués étaient strictement normaux. La conduite à l'hôpital avait constitué essentiellement en une prise en charge physiothérapeutique associée à une pharmacothérapie antalgique et anti-inflammatoire qui au bout d'une semaine d'hospitalisation s'était traduite par une amélioration clinique notable.

E. 14

En date du 11 avril 2003, l'assuré a formé opposition au cours d'un entretien à l'OCAI, soutenant n'avoir plus de capacité de travail et avoir droit à une rente entière d'invalidité. Il a contesté l'impartialité de l'expert psychiatre A _____ et a expliqué ne plus pouvoir sortir de chez lui sans être accompagné. Son état de santé avait d'une façon générale une grande influence sur sa vie quotidienne et n'avait fait que de s'aggraver depuis son accident de 1991.

E. 15

Par décision du 28 novembre 2003, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré, se fondant sur les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr F _____, selon laquelle l'assuré présentait une capacité totale de travail.

E. 16

Par courrier du 13 janvier 2004, l'assuré a recouru contre cette décision sur opposition, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. En effet, l'expert D _____ lui avait reconnu une incapacité totale de travail et avait estimé que le pronostic était catastrophique et qu'aucune activité n'était exigible de sa part. Or, l'OCAI s'était fondé sur l'expertise du Dr F _____, psychiatre, sans tenir compte de celle du Dr D _____. Quant à l'expertise du Dr F _____, elle n'était nullement motivée et se fondait principalement sur le fait que ce dernier avait effectué une filature de l'expertisé.

E. 17

Dans un préavis du 16 février 2004, l'OCAI a conclu au rejet du recours. En effet, en novembre 1996, les maîtres de stage du Centre d'observation de l'assurance-invalidité avaient constaté que l'assuré pouvait travailler à plein temps en position assise, avec un rendement normal pour autant qu'il veuille se donner de la peine. Par la suite deux expertises avaient été confiées, l'une au Dr D _____ qui avait posé le diagnostic de

douleurs du rachis d'origine peu claire et de trouble somatoforme. Il avait relevé que l'expertisé présentait une anamnèse, un comportement et un examen clinique caricaturaux; l'incapacité de travail était due à des problèmes psychiques. Au vu de ces conclusions, le Dr F _____, psychiatre, avait été mandaté pour une nouvelle expertise. Il avait posé le diagnostic de névrose de compensation et de simulation (probable). Il avait très clairement écarté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, relevant que l'assuré marchait avec facilité et sans algie. Il était d'avis que l'assuré ne présentait aucun trouble psychique, qu'il était un simulateur et manipulateur. Cette expertise avait une pleine valeur probante, de sorte qu'il n'y avait aucune raison de s'en écarter. Enfin, il n'y avait aucune aggravation de l'état de santé du recourant depuis la première demande d'invalidité.

E. 18

Dans un courrier du 17 mars 2004, le médecin-traitant a expliqué que son patient présentait une péjoration de son état général avec d'une part une hernie discale avec douleur résiduelle assez invalidante et d'autre part une rupture de la coiffe des rotateurs qui allait être probablement opérée prochainement. Par ailleurs, son patient avait développé récemment un diabète inaugural nécessitant un suivi plus approfondi et avec un traitement anti-diabétique.

EN DROIT 1. 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, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ). Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs. Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1^{er} juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (arrêt 1P. 183/2004). Egalement saisi de la question de l'inconstitutionnalité du Tribunal cantonal des assurances sociales, il a déclaré que la création de ce tribunal ne pouvait être remise en cause, vu la force dérogatoire du droit fédéral, soit en l'occurrence l'art. 57 LPGA.

2. 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 et est donc applicable au cas d'espèce (cf. art. 2 LPGA et art. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 - LAI).

3. Interjeté dans les formes requises et en temps utile, le recours est recevable (art. 60 et 61 LPGA).

4. En l'occurrence, l'OCAI a nié au recourant tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité. L'assuré, quant à lui, conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il s'agit dès lors de déterminer le degré d'invalidité du recourant et son éventuel droit à une rente.

5. 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). L'incapacité de gain est définie par 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 les dispositions légales dans leur teneur applicable 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 (art. 28 al. 1 aLAI). Dans les cas pénibles, une invalidité de 40% au moins ouvre le droit à une demi-rente (art. 28 al. 1bis LAI). 6. Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGa, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Selon la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Pour juger si un tel changement s'est produit, il faut comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de rente initiale avec les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2). Si les conditions prévues à l'art. 41 LAI (cf. art. 17 al. 1 LPGa) font défaut, la décision de rente peut être éventuellement modifiée d'après les règles applicables à la reconsidération de décisions administratives passées en force. Conformément à ces règles, l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée sous l'angle matériel, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable. Le juge peut, le cas échéant, confirmer une décision de révision rendue à tort pour le motif substitué que la décision de rente initiale était sans nul doute erronée et que sa rectification revêt une importance notable (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités). Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'impotence de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies (art. 87 al. 3 et 4 LAI) : 7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) 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). Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (art. 8 LPGa), on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites -, les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré

pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 1996 p. 318 consid. 2a, p. 321 consid. 1a, p. 424 consid. 1a ; RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, 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. Selon la jurisprudence peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une sur-expertise 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 ; 112 V 32 et ss. et les références). En ce qui concerne, par ailleurs, 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 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, *die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung* p. 297 et ss.; MORGER, *Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA*, in RSAS 32/1988 p. 332 et ss.). A cet égard, MEINE souligne que l'expertise doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (MEINE, *l'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualités actuelles ?* in RSAS 1999, p. 37 et ss.). Dans le même sens, BUEHLER expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (BUEHLER, *Erwartungen des Richters an der Sachverständigen*, in PJA 1999 p. 567 et ss.). Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile

possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. 8.

En l'occurrence, le recourant a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité en décembre 1992 et il a fait l'objet à cette occasion d'une expertise psychiatrique effectuée par le Dr A_____. Cet expert avait conclu que le recourant était engagé dans un processus sinistrosique important avec des éléments de manipulation et de simulation. Le diagnostic était clair et simple : contractures et lumbago ; cependant, bien que le recourant se levât d'une manière très démonstrative et boitât, il s'avérait que suivi à son insu dans la rue il marchait normalement et relativement vite. Suite à cette expertise, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. L'assuré a recouru contre cette décision et la Commission cantonale de recours alors compétente a renvoyé le dossier à l'OCAI pour la mise en œuvre de mesures de réadaptation. Les experts professionnels ont conclu à une capacité entière de travail sans port de charges lourdes et station statique debout. En mai 1999, le recourant a déposé une seconde demande de prestations visant à l'octroi d'une rente en raison de douleurs chroniques de la tête, du dos et d'épuisement. Il a fait l'objet de deux expertises médicales, l'une conduite par le Dr D_____, spécialiste en maladies internes et en maladies rhumatismales, l'autre conduite par le Dr F_____, psychiatre. Le Dr D_____ explique que l'on se trouve bien au-delà de mesures d'épargne du rachis. Il ne voit aucune limitation au plan social et explique que le comportement de l'assuré est caricatural. Il n'y a pas objectivement, si l'on ne tient pas compte du comportement de l'assuré, une bonne corrélation entre les plaintes, l'examen clinique et ce qui peut rester d'objectif cliniquement. Il a formulé les remarques suivantes : « Encore une fois, je pense que nous devons cesser de nous occuper des problèmes du rachis de Monsieur A_____ et ne considérer que le problème psychiatrique dont l'ampleur devra être déterminée par des experts psychiatres ». Ce médecin précise encore qu'il existe 4 points de fibromyalgie sur 18 qu'il n'y a aucun argument clinique en faveur d'une fibromyalgie pure. Il indique enfin qu'il ne pense pas qu'il y ait d'aggravation objective et notable depuis 1997 et depuis mai 2000. Quant aux conclusions du Dr F_____, elles sont sans appel. Cet expert explique en effet que le recourant se montre très manipulateur dans la relation mais que sa thymie est normale, sa voix bien modulée, qu'il ne présente pas de signes d'abattement, pas de sentiments de dévalorisation de culpabilité ou d'inutilité. Il ne met pas en évidence d'éléments de la lignée psychotique tels que délire, hallucination acoustico-visuelle ou cinesthésique. Le cours, le contenu et la forme de la pensée sont sans problème, il n'y a pas de désorganisation conceptuelle ; l'assuré est orienté aux divers modes. Les diagnostics posés par le Dr F_____ sont les suivants : névrose de compensation et simulation (probable). Ce médecin écarte le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, l'assuré marchant avec facilité, sans boiterie et sans algie lorsqu'il est observé de la fenêtre ou suivi dans la rue à son insu. L'expert conclut que la capacité de travail de l'assuré est complète dans n'importe quelle activité sur le plan psychique, et ceci immédiatement. Les conclusions des deux expertises sont concordantes. Selon le Dr D_____, il n'y a pas à s'occuper du problème du rachis de l'expertisé, mais de son problème psychiatrique et selon l'expert psychiatre,

l'assuré présente une névrose de rente confinant à la simulation. Enfin, les appréciations non motivées du médecin traitant ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions des experts susmentionnés. Il y a lieu en outre de relever que les deux expertises ont une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence du TFA. Par ailleurs, aucune des deux expertises ne fait état d'une aggravation de santé depuis la première décision de l'assurance-invalidité refusant l'octroi de mesures professionnelles au recourant. Il n'y a donc pas lieu à révision en l'occurrence. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate que la capacité de travail du recourant est entière dans n'importe quelle activité et que, partant, son degré d'invalidité est nul. Il ne saurait dès lors prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité. 9. Le recours, manifestement mal fondé, sera par conséquent rejeté.

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