



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2366/2004

ATAS/473/2005

**ORDONNANCE D'EXPERTISE**  
**DU TRIBUNAL CANTONAL DES**  
**ASSURANCES SOCIALES**

**6<sup>ème</sup> chambre**

**du 26 mai 2005**

En la cause

**Monsieur D \_\_\_\_\_**, mais comparant par Me Olivier CARRARD, en recourant  
l'étude duquel il élit domicile

contre

**OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE**, sis 97, rue intimé  
de Lyon, à Genève

**Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente.**

---

### EN FAIT

1. Monsieur D \_\_\_\_\_, ressortissant italien né en décembre 1956, peintre en bâtiment de profession, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en date du 8 mai 2001, en raison d'arthrose à l'épaule droite.
2. Son médecin traitant, le Dr A \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a établi, le 17 mai 2001, un rapport à l'attention de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI). Il a diagnostiqué un impingement de l'épaule. L'état de santé s'améliorait. L'incapacité de travail était totale depuis décembre 2000 et des mesures professionnelles étaient préconisées. L'activité de peintre en bâtiment n'était plus exigible, mais une activité légère était possible dès juillet 2001 à plein temps, sans diminution de rendement. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : limitation dans l'utilisation des deux bras, pas de port de charges de plus de 5 kilos et pas de travail en hauteur ou sur une échelle.
3. Une mesure d'orientation professionnelle au sein de la structure AIP de L'ORIPH à Morges lui a été proposée, du 1<sup>er</sup> juillet au 22 novembre 2002, notamment pour établir un bilan des acquis et essayer quelques activités pratiques, telles la mécanique, la soudure à l'étain, l'informatique et la menuiserie.

En date du 17 septembre 2002, l'assuré a présenté un certificat médical, selon lequel il souffrait de cervico-brachialgies, ainsi que de troubles visuels et de troubles de la concentration, vraisemblablement dus à son travail devant un ordinateur. Le Dr A \_\_\_\_\_ n'avait pas prescrit d'arrêt de travail, mais remettait en question l'utilité du stage. Le directeur du centre ORIPH a mis un terme aux mesures professionnelles le 4 octobre 2002. L'assuré avait présenté un taux de présence entier du 1<sup>er</sup> juillet au 4 octobre 2002 et cessé ce stage, car l'OCAI désirait investiguer son état psychique (cf. rapport AIP du 9 octobre 2002).

4. Une expertise psychiatrique a été confiée au Dr D \_\_\_\_\_, qui s'est adjoint les services de Monsieur M \_\_\_\_\_, psychologue, pour effectuer des tests psychologiques. L'assuré a été vu en consultation à deux reprises par le psychiatre, les 15 novembre 2002 et 24 février 2003. Il a également été examiné par le psychologue. L'expert psychiatre a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant, des signes en faveur d'une personnalité paranoïaque, ainsi qu'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Les troubles psychiatriques et psychologiques décrits dans l'expertise et dans la co-expertise ne donnaient pas lieu à une diminution de l'aptitude au travail. Dans une activité adaptée, en raison de ses limitations physiques, l'expertisé était en mesure d'exercer une activité de 8 heures par jour. Le psychologue M \_\_\_\_\_ a quant à lui diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux persistant, une névrose de compensation (majoration des symptômes pour des raisons psychologiques), ainsi qu'une personnalité avec traits caractériels et paranoïdes. Il ne s'est pas prononcé

quant à la capacité de travail. Selon ce dernier, l'expertisé apparaissait comme une personne très fragile qui vivait la situation d'évaluation avec une réelle angoisse. On pouvait dès lors comprendre ses nombreuses tentatives de contrôle et de manipulation comme une manière de gérer son désarroi. De plus, on pouvait faire l'hypothèse que l'important besoin de réparation de l'assuré pourrait combler une histoire traumatique qu'il aurait vécue dans le passé et qui se manifestait actuellement par une souffrance somatoforme. En fonction de ces éléments, l'évolution future de l'expertisé restait préoccupante. On pouvait en effet craindre une persistance ou une aggravation des douleurs, voire des complications somatiques et même un effondrement psychologique, si l'assuré ne pouvait bénéficier de l'aide qu'il recherchait. Les symptômes du patient semblaient être entretenus, voire amplifiés par son fonctionnement psychique. La recherche de l'attention d'autrui évoquait un sentiment de détresse authentique face à la douleur (cf. rapport d'expertise du 13 avril 2003).

5. Dans un certificat du 4 mars 2003, remis à son patient, le Dr A\_\_\_\_\_ a relevé que la reprise de travail n'était pas possible pour son patient qui était demandeur d'une rente d'invalidité. La tentative de stage de rééducation professionnelle n'avait pu être menée à terme en raison de la recrudescence des douleurs. Du point de vue médical, l'assuré avait subi, en février 2001, une acromioplastie arthroscopique, ainsi qu'une révision arthroscopique de l'articulation gléno-humérale, qui n'avaient révélé aucune lésion. Les suites avaient été lentement favorables, avec une récupération des amplitudes articulaires en trois mois, mais persistance des douleurs. Une infiltration de corticoïde avait temporairement amélioré la situation. Un bilan radiologique complémentaire n'avait pas mis en évidence de rupture de coiffe, ni de bursite, mais une discopathie C5-C6, avec un pincement de l'espace intersomatique.
6. Du 10 novembre au 7 décembre 2003, l'assuré a suivi un stage d'observation professionnelle au Centre d'intégration professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après le COPAI). Selon le rapport du COPAI du 22 décembre 2003, le stage avait permis de conclure à l'impossibilité de le réinsérer dans un circuit économique ordinaire, tant pour des raisons d'ordre physique que pour des difficultés d'adaptation sociale. Au niveau physique, l'assuré ne pouvait ni effectuer d'activités répétitives ou nécessitant de la force, ni porter ou déplacer des charges. De surcroît, dès le moment où la main droite (assuré droitier) était régulièrement sollicitée, même sur une courte période, l'assuré adoptait une attitude mono-manuelle qui influençait sensiblement toute productivité, la rendant inexploitable dans le circuit économique. Le directeur du COPAI avait encore relevé que le stagiaire était très affecté par sa situation ; ses plaintes étaient nombreuses et son discours restait centré sur ses différentes atteintes. L'assuré n'avait pas réussi à s'intégrer dans le groupe ; l'image qu'il avait de lui-même et de ses compétences était très diminuée et ne lui permettait pas d'envisager l'avenir

sous un angle constructif. Dans ce contexte, toute tentative de reprise d'une activité professionnelle était vouée à l'échec.

Le Dr B \_\_\_\_\_, médecin-conseil du COPAI, a également examiné l'assuré lors de deux entretiens. Il a relevé que la situation professionnelle du patient s'était dégradée depuis sa luxation acromio-claviculaire de l'épaule droite. Une acromioplastie avait été pratiquée sans succès thérapeutique et la situation avait progressivement évolué vers un syndrome douloureux somatoforme figé dans le cadre d'une personnalité paranoïaque, majorant les symptômes physiques pour des raisons psychiques. Les conclusions du COPAI confirmaient clairement les rapports psychologiques et psychiatriques et son impression clinique. En effet, même si l'assuré ne présentait pas de pathologie psychiatrique l'empêchant théoriquement de travailler, sa conviction d'être invalide et sa détresse étaient telles qu'aucune activité ne pouvait lui être proposée. Il ne pourrait d'ailleurs être engagé par qui que ce soit, vu l'intensité de ses plaintes. Il fallait en conclure que sa capacité de travail était trop perturbée pour être efficace, en raison de son syndrome somatoforme chronique. La question de la prise en charge de ce type de pathologie par l'assurance-invalidité restait entière (cf. attestation Dr B \_\_\_\_\_ du 19 décembre 2003).

7. Le Dr C \_\_\_\_\_ du service médical régional de l'assurance-invalidité, SMR Léman, s'est prononcé, en date du 23 février 2004, sur le rapport du Dr B \_\_\_\_\_. Il a relevé que l'observation au COPAI et l'avis du médecin précité n'apportaient pas d'éléments nouveaux, objectifs et suffisamment probants, pour contrer les conclusions de l'expertise psychiatrique ou de l'évaluation orthopédique. Les atteintes à la santé somatique et psychique de l'assuré restaient non invalidantes dans une activité adaptée. Suite à l'échec des stages à l'ORIPH et au COPAI, les mesures professionnelles devaient être abandonnées.
8. Dans un rapport de la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI du 25 mars 2004, la réadaptatrice a procédé à une comparaison théorique des revenus avant invalidité de 67'200 fr. (en 2001) et après invalidité de 47'766 fr. 65 (sur la base de l'Enquête sur la structure des salaires et après réduction de 15% au vu des limitations fonctionnelles de l'assuré), conduisant à retenir un taux d'invalidité de 28,9%.
9. Par décision du 30 mars 2004, l'OCAI a refusé à l'assuré l'octroi de mesures de reclassement. Le 18 mai 2004, l'assuré a formé une opposition orale à cette décision, sollicitant une aide au placement. Par décision sur opposition du 25 juin 2004, l'OCAI a confirmé sa décision initiale.
10. Par décision du 22 juillet 2004, l'OCAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> février au 31 août 2001. L'assuré avait présenté une incapacité totale de travail à partir du 17 février 2000 et le délai de carence d'une année était

arrivé à échéance le 17 février 2001. A partir du 17 mai 2001, la capacité de travail de l'assuré était totale dans une activité adaptée et la rente devait donc encore être versée pendant trois mois, compte tenu de l'art. 88a du règlement sur l'assurance-invalidité. Enfin, la comparaison des revenus avant et après invalidité faisait apparaître un taux d'invalidité de 28,9%, n'ouvrant pas droit à une rente au-delà du 31 août 2001.

11. Par courrier du 14 septembre 2004, l'assuré a formé opposition à cette décision, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, en raison de son incapacité totale de travail.
12. Par décision sur opposition du 22 octobre 2004, l'OCAI a confirmé sa décision initiale. Il a rappelé que suite au stage d'observation professionnelle effectué au centre ORIPH à Morges du 1<sup>er</sup> juillet au 4 octobre 2002, il était apparu que les limitations de l'assuré avaient une composante psychologique prépondérante, raison pour laquelle l'OCAI avait décidé de le soumettre à une expertise psychiatrique auprès du Dr D\_\_\_\_\_. Il ressortait du rapport d'expertise de ce dernier que l'assuré ne présentait aucune limitation d'ordre psychiatrique à la reprise d'une activité adaptée. Afin de déterminer concrètement quelles activités l'on pouvait encore raisonnablement exiger de l'assuré, l'OCAI avait organisé un second stage d'observation professionnelle qui s'était déroulé au COPAI du 10 novembre au 7 décembre 2003. Les experts professionnels avaient conclu que l'assuré ne pouvait réintégrer le circuit économique ordinaire, tant pour des raisons d'ordre physique que pour des difficultés d'adaptation sociale ; l'assuré était limité par sa propre conviction d'être invalide et sa détresse. Cependant, d'un point de vue objectif, rien sur le plan somatique ne l'empêchait d'exercer une activité légère adaptée, comme le relevait le SMR Léman, ainsi que le médecin traitant de l'assuré. De surcroît, selon le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA), le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux n'était admissible que dans des cas exceptionnels ; il fallait que le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur soit accompagné d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, ce qui, selon l'expert psychiatre, n'était pas le cas en l'espèce.
13. Par courrier du 17 novembre 2004, l'assuré a recouru contre cette décision, concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à partir du 17 février 2001. Il s'est référé au rapport du COPAI, selon lequel il était inapte à reprendre une activité lucrative quelle qu'elle soit, tant d'un point de vue physique que d'un point de vue psychique, étant précisé que même un travail industriel simple n'était pas adapté à ses atteintes. En outre, les rendements mesurés à l'atelier étaient de l'ordre de 30% sur une journée, résultats qui n'étaient pas exploitables dans le circuit économique. Or, l'OCAI n'avait pas pris en compte l'avis de ces experts, ce qui était arbitraire. De surcroît, cet office n'avait pas motivé sa décision, ce qui violait le principe constitutionnel du droit d'être entendu. Enfin, il avait

procédé à la comparaison des revenus en se fondant sur une activité sérielle légère, qui n'était pas adaptée à son état de santé.

14. Dans une réponse du 14 janvier 2005, l'OCAI, concluant au rejet du recours, a rappelé que suite au stage à l'ORIPH, l'assuré avait été soumis à une expertise psychiatrique et psychologique qui avait conclu à l'absence d'incapacité de travail pour des motifs psychiatriques. Or, les conclusions du COPAI confirmaient ce rapport d'expertise. Le Dr C \_\_\_\_\_ du SMR Léman avait également estimé que les atteintes somatiques et psychiques du recourant n'étaient pas invalidantes dans une activité adaptée. Ainsi, l'OCAI avait procédé à une comparaison théorique des revenus, selon les règles jurisprudentielles du TFA, d'où il découlait un degré d'invalidité n'ouvrant pas droit à une rente.
15. Dans une réplique du 18 février 2005, le recourant, persistant dans ses conclusions, a tout d'abord contesté la valeur probante de l'avis médical du Dr C \_\_\_\_\_ du SMR Léman, celui-ci n'ayant jamais reçu l'assuré en consultation. Il a par ailleurs fait valoir que le Dr A \_\_\_\_\_ avait certes tout d'abord estimé qu'il pouvait peut-être exercer une activité professionnelle tenant compte de ses limitations, mais qu'au vu de l'évolution défavorable de son état de santé, ce médecin avait jugé que la reprise de travail était impossible (cf. certificat du Dr A \_\_\_\_\_ du 4 mars 2003). Quant aux stages professionnels, le premier avait dû être interrompu en raison de la recrudescence de ses douleurs. Dans le deuxième stage, le recourant avait été jugé inapte, par les maîtres professionnels, à reprendre une activité lucrative. Or, c'était sur la seule base de l'avis du Dr C \_\_\_\_\_, dépourvu de valeur probante, que l'OCAI s'était écarté des conclusions du COPAI, ce qui était arbitraire. De surcroît, le Dr C \_\_\_\_\_ n'avait pas précisé quelles activités l'assuré pouvait encore effectuer et dans quelle mesure, contrairement à ce qu'il devait faire, selon la jurisprudence du TFA.
16. Dans une duplique du 11 mars 2005, l'OCAI a persisté dans les termes et conclusions de sa réponse du 14 janvier 2005.
17. Par courrier du 12 avril 2005, le Tribunal de céans a posé quelques questions au Dr A \_\_\_\_\_, notamment concernant la capacité de travail du recourant et les activités adaptées à son état de santé.
18. Par courrier du 15 avril 2005, le Dr A \_\_\_\_\_ a répondu aux questions qui lui étaient posées. L'assuré présentait un conflit sous-acromial de l'épaule droite, survenu spontanément, ainsi que des douleurs cervicales dans le cadre d'une cervicarthrose avec un enraidissement. En ce qui concernait l'épaule, il n'y avait pas de lésion organique, mais seulement des douleurs. Quant aux cervicalgies, l'on se trouvait en présence d'une cervicarthrose dégénérative. Le patient avait bénéficié en février 2001 d'une acromioplastie avec révision arthroscopique de l'articulation gléno-humérale de l'épaule droite. Fonctionnellement, les amplitudes articulaires de

l'épaule étaient normales, mais la force musculaire limitée en raison des douleurs. Toutes les activités sans mouvements répétitifs du membre supérieur et sans port de charges étaient praticables ; le changement de positions fréquent était également à respecter, car l'apparition des douleurs s'en trouvait calmée. L'état de santé du recourant s'était plutôt péjoré de juillet 2001 à juillet 2004, en raison d'un état dépressif consécutif à sa pathologie. Enfin, l'assuré avait toujours été en arrêt de travail depuis l'intervention du 15 février 2001.

19. Par courrier du 25 avril 2005, le recourant a relevé que le Dr A\_\_\_\_\_ ne l'avait pas vu depuis plus d'une année et demi et que dès lors une nouvelle expertise médicale serait utile pour évaluer son état de santé.
20. Par courriers du 3 mai 2005, le Tribunal de céans a transmis aux parties le nom de l'expert, ainsi que les questions qui lui seront soumises.
21. Par courrier du 10 mai 2005, l'OCAI a exposé n'avoir pas de question supplémentaire à poser, mais s'est opposé à cette mesure d'instruction.
22. Par courrier du 17 mai 2005, le recourant a informé le Tribunal de céans n'avoir pas de motif de récusation envers l'expert et a proposé l'insertion et la suppression de quelques questions.

### **EN DROIT**

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941(LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> 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.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).
3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue

temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Dans la mesure où l'incapacité de travail du recourant a débuté en décembre 2000, ces principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 22 octobre 2004 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (voir ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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).

4. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux, est recevable à la forme, conformément à l'art. 60 LPGA.
5. Aux termes de l'art. 4 aLAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également l'art. 8 LPGA).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 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, 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).

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss. consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; arrêt N. du 12 mars 2004, destiné à la publication, I 683/03, consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (arrêt N. précité, consid. 2.2.2).

Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (arrêt N. précité consid. 2.2.3; Ulrich Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in : René Schaufhauser/Franz Schlauri (éd.), *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 64 ss., 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 ss.) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 ss. consid. 2b et les références; arrêt N. précité consid. 2.2.3 et les arrêts cités; 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 (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; arrêt N. précité, consid. 2.2.3 in fine; Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss., spéc. 80 ss.).

Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés par la jurisprudence - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (cf. arrêt N. du 12 mars 2004, destiné à la publication, I 683/03 consid.2.2.4. et les arrêts cités).

Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en oeuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent (art. 40 PCF en liaison avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 en liaison avec 113 et 132 OJ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a), l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socioculturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3) ou

---

si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (cf. arrêt N. précité consid. 2.2.5).

Quant à la comorbidité psychiatrique, celle-ci n'est admise pour des états dépressifs que si ceux-ci peuvent être qualifiés comme une atteinte psychique indépendante des troubles somatoformes douloureux, mais non pas s'ils se révèlent être, sur la base de l'appréciation du dossier médical, des manifestations (réactives) d'accompagnement de ces troubles (ATFA du 12 mars 2004, I 683/03, destiné à la publication et ATFA non publiés du 8 juin 2004, I 282/03 et I 283/03).

Ne sont pas assurées les névroses de revendication, dites aussi d'appétence ou d'assurance, ou bien encore sinistroses. Elles procèdent d'une carence de la volonté ou d'une anomalie mentale de l'intéressé, auxquelles l'événement assuré donne le prétexte de se manifester. Dans ce sens, elles sont bien une conséquence de l'accident ou de la maladie, mais elles n'y sont pas liées par un rapport de causalité adéquate: trop de particularités étrangères à l'événement interviennent, qui le relèguent à un rôle très secondaire. L'assuré atteint de ce type de névrose ne parvient pas à sortir du rôle d'invalidé, qu'il justifie par une infirmité inexistante ou dont il exagère les effets. Ses mobiles - inconscients - peuvent être, par exemple, le désir de s'enrichir par des prestations d'assurance, de porter préjudice à une société qu'il rejette, de laisser libre cours à sa paresse, de se venger de l'auteur de l'accident, etc. Contrairement au simulateur, qui se fait une juste représentation de la réalité, il en est venu à croire à ses maux imaginaires et à les ressentir vraiment. Il s'agit donc bien d'une véritable névrose, mais dont l'assurance sociale ne peut, sous peine de provoquer des abus insupportables, couvrir les conséquences (cf. MAURER, op. cit., p. 255 ss; ATFA 1950, p. 77; 1960, p. 260, ATF 115 V 414 consid. 12 ; 104 V 27 consid. 2b ; SJ 1998 p. 429 n° 71; ATFA non publié du 11 septembre 2001 en la cause I 189/01 Tn ; ATF 100 V 17 ainsi que les arrêts non publiés Bandelier du 11 décembre 1963 et Cescato du 1er octobre 1969).

6. Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du médecin 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 et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Bâle 2000 p. 268).

7. En l'occurrence, se trouvent au dossier une expertise psychiatrique conduite par le Dr D\_\_\_\_\_, psychiatre, ainsi qu'un examen psychologique de Monsieur M\_\_\_\_\_, psychologue. L'expert psychiatre a posé les diagnostics suivants : syndrome douloureux somatoforme persistant, signes en faveur d'une personnalité paranoïaque, majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Dans la CIM-10 de l'organisation mondiale de la santé, utilisée par l'expert pour établir les diagnostics, le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques est décrit de la manière suivante : symptômes physiques compatibles avec - et initialement dus à - un trouble, une maladie ou un handicap physique mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient. Le sujet adopte une attitude histrionique (recherche de l'attention d'autrui) comprenant parfois aussi les plaintes surajoutées (habituellement non spécifiques) sans substrat somatique. Le sujet réagit habituellement par un sentiment de détresse à la douleur ou au handicap provoqué par son affection physique et redoute, parfois à juste titre, une persistance ou une aggravation de son handicap ou de sa douleur. L'insatisfaction relative aux résultats du traitement ou des investigations et la déception quant à la qualité des soins médicaux (telle qu'elle est perçue) peuvent aussi présenter un facteur déclenchant. Dans certains cas, il existe une motivation claire comme la recherche d'une compensation financière à la suite d'accidents ou de blessures. Le syndrome ne disparaît pas toujours rapidement même lorsque la revendication est entièrement satisfaite ; inclure : névrose de compensation.

Selon le Dr D\_\_\_\_\_, les troubles psychiatriques et psychologiques présentés par l'expertisé ne donnent pas lieu à une diminution de l'aptitude au travail. En raison de ses troubles orthopédiques, il serait cependant souhaitable que l'assuré puisse pouvoir éviter un travail manuel impliquant des efforts physiques trop lourds et puisse bénéficier d'un certain accompagnement dans sa réinsertion professionnelle, par un maître socioprofessionnel ; l'activité exercée jusqu'alors n'est toutefois plus exigible. Le psychologue, quant à lui, relève que l'évolution future de l'expertisé reste préoccupante et que l'on peut craindre une persistance ou une aggravation des douleurs, voire des complications somatiques et même un effondrement psychologique, si l'expertisé ne peut bénéficier de l'aide qu'il recherche. Sa recherche de l'attention d'autrui évoque un sentiment de détresse authentique face à la douleur.

Dans leur rapport COPAI, les maîtres professionnels ont conclu à l'impossibilité de réinsérer l'assuré dans le circuit économique ordinaire tant pour des raisons d'ordre physique que pour des difficultés d'adaptation sociale. Au niveau physique, l'assuré

ne peut ni effectuer d'activités répétitives ou nécessitant de la force, ni porter ou déplacer des charges. Ceux-ci ont précisé que dès le moment où la main droite est régulièrement sollicitée (assuré droitier), ce dernier adopte une attitude mono-manuelle qui influence sensiblement toute productivité, la rendant inexploitable dans le circuit économique. Le recourant est très affecté par sa situation, les plaintes sont nombreuses et le discours reste centré sur les diverses atteintes. Il n'a pas réussi à s'intégrer dans le groupe, l'image qu'il a de lui-même et de ses compétences étant très diminuée et ne lui permettant pas d'envisager l'avenir sous un angle constructif. Dans ce contexte, toute tentative de reprise d'une activité professionnelle est vouée à l'échec. Selon le Dr B \_\_\_\_\_, médecin-conseil du COPAI, la conviction de l'assuré d'être invalide et sa détresse sont telles qu'aucune activité ne peut lui être proposée ; il ne serait d'ailleurs pas engagé au vu de l'intensité de ses plaintes. La capacité de travail du recourant est trop perturbée pour être efficace, en raison de son syndrome somatoforme chronique.

Enfin, selon le médecin traitant, le recourant présente une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, bien que son état de santé se soit péjoré depuis juillet 2001, en raison d'un état dépressif consécutif à sa pathologie.

8. Au vu de la jurisprudence fédérale susmentionnée, il y a tout d'abord lieu de constater que le trouble de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques ou névrose de compensation, de rente ou de revendication ou encore sinistrose n'a pas valeur de maladie invalidante.

Cependant, l'expert psychiatre a diagnostiqué, en sus de la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, des troubles somatoformes douloureux qui n'entraînent pas, selon lui, d'incapacité de travail. Toutefois, pour juger de l'exigibilité d'une activité professionnelle en cas de troubles somatoformes douloureux, et du caractère invalidant de ces troubles, il convient d'apprécier les critères dégagés par la jurisprudence fédérale, ce que n'a pas fait le Dr D \_\_\_\_\_. En effet, en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance ; il incombe à l'expert psychiatre d'indiquer à l'administration ou au juge de manière objective, si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent. Le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur suppose soit de la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance (affections corporelles chroniques ou processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, 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 échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation).

Dans un arrêt non publié du 23 mars 2000 en la cause I 41/00 Co, le TFA a jugé, en présence d'une névrose de compensation et de troubles somatoformes douloureux n'entraînant pas d'incapacité de travail selon l'expert psychiatre, que ce dernier aurait dû de se prononcer au regard des critères dégagés par la jurisprudence, sur le point de savoir si les troubles somatoformes attestés médicalement avaient ou non un caractère invalidant. Le TFA a, dans cet arrêt, renvoyé la cause à l'Office de l'assurance-invalidité afin qu'il complète l'instruction par une nouvelle expertise.

En l'occurrence, comme il a été souligné, l'expert psychiatre n'a pas examiné les critères déterminants pour juger si le trouble somatoforme du recourant a valeur d'invalidité.

Au vu des considérations susmentionnées, le Tribunal de céans estime que l'expert psychiatre, en retenant l'exigibilité par le recourant d'une activité professionnelle adaptée à plein temps, sans s'être penché sur les critères permettant justement d'établir si une telle activité est exigible ou non, ne peut être suivi.

Il convient par conséquent d'ordonner une contre-expertise psychiatrique lors de laquelle, l'expert psychiatre devra se prononcer sur les critères permettant de déterminer si le trouble somatoforme douloureux présenté a valeur d'invalidité ou pas et si, compte tenu de ces critères, une activité professionnelle est exigible. Enfin, concernant les questions posées à l'expert, il y a lieu de relever que seules les questions pertinentes de la demanderesse ont été prises en considération.

PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Préparatoirement :**

2. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr Patrick BAUD, médecin adjoint au service de psychiatrie adulte, Département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
  - a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
  - b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité le recourant.
  - c. Examiner le recourant.
  - d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
    - e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
    - f. Quels sont les diagnostics psychiatriques?
    - g. En cas de troubles psychiques, quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci (faible, moyen, grave) ?
    - i. Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle ?
    - j. Existe-t-il chez l'expertisé un trouble somatoforme douloureux ? Si oui :
      - Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? Si oui, de quel degré (faible, moyen, grave) ?
      - Existe-t-il des affections corporelles chroniques ?
      - Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ?
      - Le recourant subit-il une perte d'intégration sociale et, le cas échéant, quelles en sont les manifestations (décrire les situations de perte d'intégration et celles sans perte d'intégration)?

- Existe-t-il chez le recourant 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) ?
  - Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art ?
  - Des mesures de réadaptation seraient-elles utiles ?
  - Dans quelle mesure peut-on exiger du recourant qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail ?
- k. Malgré les plaintes alléguées et compte tenu de la constitution psychique du recourant et de vos diagnostics, celui-ci pourrait-il exercer une activité lucrative d'un point de vue psychique ? Si oui, laquelle-lesquelles ? A quel taux ? L'activité de peintre en bâtiment est-elle encore exigible ? Si oui, à quel taux ?
- l. Si le recourant ne présente pas de capacité résiduelle de travail, depuis quelle date précise cette incapacité existe-t-elle ? Pour quelle-s raison-s présente-t-il une incapacité pour cause psychique ?
- m. Au vu du dossier, vos réponses aux questions susmentionnées sont-elles identiques à la date de la décision sur opposition rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit en octobre 2004 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ?
- n. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
3. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre la présente ordonnance dans un délai de 10 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 :

Nancy BISIN

La Présidente :

Valérie MONTANI

La secrétaire-juriste :

Frédérique GLAUSER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le