



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1075/2004

ATAS/67/2005

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

1^{ère} chambre

du 25 janvier 2005

En la cause

Madame N_____, mais comparant par Maître
Jean Marc FROIDEVAUX, en l'étude duquel elle élit domicile.

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Maya CRAMER et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Madame N _____, née le 23 février 1953, mariée et mère d'une fille aujourd'hui majeure, travaillait en qualité de concierge, auprès de Y _____ depuis le 1er mai 1999.
2. Le 22 décembre 2001, elle a été victime d'un accident de la circulation (collision latérale avec un autre véhicule). Cet accident s'est soldé par des cervicalgies et des lombalgies et a été suivi d'un arrêt total de travail, selon le rapport médical initial du 15 janvier 2002, établi par le Docteur A _____, médecin de la permanence médicale de Perly.
3. L'intéressée a repris son travail le 22 janvier 2002 à 50% et a bénéficié d'indemnités journalières à 50% de la Compagnie d'assurances nationale suisse.
4. L'assurée présentant toujours une symptomatologie algique, elle a été suivie à la consultation externe du Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG). Dans leur rapport du 25 juin 2002, les médecins ont diagnostiqué des douleurs mixtes chroniques diffuses du côté droit et au rachis cervical. Concernant les examens radiologiques pratiqués, ils ont cependant souligné qu'aucune séquelle postraumatique n'avait été relevée. Ils préconisaient de poursuivre la physiothérapie axée sur la relaxation de l'épaule et du MSD ainsi qu'au niveau de l'insertion des muscles rhomboïdes et trapèzes. Ils ont estimé que l'assurée pouvait continuer à exercer son activité professionnelle d'une manière toutefois fragmentée au cours de la journée, afin d'éviter des états de fatigue paroxystique.
5. La capacité de travail était à nouveau nulle à partir du 31 août 2002, en raison d'une recrudescence des douleurs chroniques dans tout le corps, selon certificat médical du Docteur B _____, médecin traitant.
6. Le Docteur C _____, spécialiste FMH en radiologie, a réalisé le 26 novembre 2002 une imagerie par résonance magnétique du rachis cervical et relevé que le cordon médullaire était normal sans aucun signe de contusion et qu'il n'existait pas de fracture de l'apophyse odontoïde.
7. La Compagnie d'assurances nationale suisse a confié un mandat d'expertise au Docteur D _____, spécialiste FMH en rhumatologie. Celui-ci dans un rapport du 10 janvier 2003, a diagnostiqué des cervicalgies chroniques compliquées de céphalées occipito-temporales sur syndrome algo-dysfonctionnel de la colonne cervicale en C4-C5 et un syndrome fibromyalgique de l'hémicorps droit comme syndrome douloureux somatoforme persistant. Il a signalé qu'en l'absence de lésion anatomique démontrable, l'accident ne pouvait expliquer à lui seul, la persistance de la pathologie douloureuse rachidienne. Selon l'expert, il n'y

avait pas d'incapacité de travail en relation de causalité avec l'accident du 22 décembre 2001 à partir du 1^{er} janvier 2003.

8. Un second rapport du Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des HUG, du 19 février 2003, a confirmé que l'assurée souffrait d'un trouble somatoforme douloureux avec cervicobrachialgies irradiantes au MSD.
9. Le 7 mai 2003, l'intéressée a déposé auprès de l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après l'OCAI), une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité.
10. Dans son rapport adressé à l'OCAI, le 20 mai 2003, le Docteur B_____, médecin traitant, a posé le diagnostic suivant : «syndrome cervico-lombaire post-traumatique; trouble somatoforme douloureux avec cervicobrachialgie et dépression réactionnelle». Il a estimé que l'incapacité de travail était totale, à partir du 1^{er} septembre 2002.
11. L'assurée a été soumise à une expertise psychiatrique ordonnée par la Compagnie d'assurances nationale suisse. Dans son rapport du 21 mai 2003, le Docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a diagnostiqué une dysthymie qui n'est qu'un état dépressif léger et compatible avec une activité à 100%. L'expert a relevé que la vie sociale et familiale de l'assurée était préservée et conclu que sur le plan psychique, elle ne présentait aucun trouble justifiant une incapacité quelconque de travail.
12. Le Docteur F_____, rhumatologue, nouveau médecin traitant a, dans un rapport du 23 juin 2003 adressé à l'OCAI, confirmé avoir traité l'assurée de février à mars 2002, pour des cervicalgies chroniques post-traumatiques et un possible syndrome douloureux somatoforme. Il estimait que depuis février 2002, une augmentation progressive de la capacité de travail de l'assurée aurait été envisageable
13. Un avis a été requis du Service médical régional (SMR). Le 17 février 2004 les experts se sont ralliés aux conclusions des expertises psychiatriques et somatiques réalisées pour le compte de l'assurance accident.
14. Par décision du 4 mars 2004, l'OCAI a refusé toute prestation.
15. Le 29 mars 2004, l'assurée a fait opposition à ladite décision. Elle a produit par la suite un certificat daté du 30 mars 2004 du Docteur B_____, lequel confirmait que l'assurée était en incapacité totale de travail depuis le 1^{er} septembre 2002 et qu'une reprise de travail même partielle, était impossible.
16. Par décision sur opposition du 19 avril 2004, l'OCAI a confirmé son refus de l'octroi d'une rente.

17. L'intéressée a formé recours par acte du 17 mai 2004, en invoquant souffrir de douleurs importantes au niveau de tout l'hémicorps droit la rendant totalement incapable de travailler. Elle relève que l'avis du SMR et de son médecin traitant étaient contradictoires au sujet de sa capacité de travail et qu'une expertise médicale supplémentaire serait à même de trancher la question.
18. Dans son préavis du 11 juin 2004, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée.
19. Dans sa réplique du 12 juillet 2004, la recourante a produit un rapport daté du 9 juin 2004 de la Clinique genevoise de Montana, selon lequel elle souffre principalement d'un trouble somatoforme douloureux généralisé et d'un trouble dépressif récurrent. En outre, il a été souligné qu'elle présente une thymie triste, une augmentation de la fatigabilité, une baisse de confiance en soi, et un sommeil perturbé sans idée noire.
20. Dans sa duplique du 26 août 2004, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a rappelé que même si le diagnostic de «trouble somatoforme douloureux» devait être retenu, il ne remplissait pas les conditions posées par la jurisprudence fédérale pour qu'il soit considéré comme invalidant.
21. La cause a été gardée à juger.

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.

C'est dans la composition prévue par l'art. 162 LOJ que le Tribunal de céans statue dans la présente cause.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances

sociales (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, 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). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

Quant à l'applicabilité des dispositions matérielles de la LPGA, cette question peut rester ouverte. En effet, les définitions légales contenues aux art. 3 à 13 LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA et il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu. Ainsi, la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345, consid. 3.1, 3.2 et 3.3.)

4. Déposé dans la forme et délai imposé par la loi, le présent recours est recevable (articles 56, 60 LPGA).
5. Aux termes de l'art. 4 al. 1 LAI, 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. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Dans les cas pénibles, une invalidité de 40% au moins ouvre droit à une demi-rente.

Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas qu'un diagnostic pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (ATF 127 V 229). 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). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 ; VSI 2000, p. 154).

Conformément au principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Il 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 trancher 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 (ATF non publié du 1er juillet 2003 en la cause I 167/03). Il convient cependant de rappeler que les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988, page 504). Au surplus, lorsque l'administration confie des expertises à des spécialistes externes reconnus, le juge peut, dans le cadre de l'appréciation des preuves, leur reconnaître une pleine force probante dans la mesure où celles-ci se fondent sur des examens complets ainsi qu'une étude fouillée du dossier et qu'il n'existe pas non plus d'indices concrets qui permettraient de douter de leur bien fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb, 122 V 161 consid. 1c et les références).

6. En l'occurrence, la recourante fait valoir qu'il lui est impossible de reprendre une activité lucrative dès lors qu'elle souffre de douleurs extrêmement importantes dans tout l'hémicorps et d'un trouble somatoforme ; elle estime qu'une reprise de travail n'est pas exigible. S'agissant des répercussions de ces troubles de la santé sur la capacité de travail, elle a relevé que les avis médicaux étaient variés et conclu dès lors à la réalisation d'une nouvelle expertise médicale.
7. En l'espèce, plusieurs médecins se sont penchés sur le cas de la recourante. Elle a fait l'objet de deux expertises pour le compte de l'assurance accident, a été suivie par ses médecins traitants et des avis médicaux du SMR pour le compte de

l'OCAI ont été demandés. Vu l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier, on peut tenir pour établi que l'assurée ne souffre pas d'une atteinte physique propre, à elle seule, à entraîner une incapacité de travail d'une certaine importance. Au contraire, le Docteur D _____, rhumatologue, a confirmé la présence de cervicalgies, soulignant toutefois qu'elles étaient objectivement modérées et ne permettaient pas à elles seules d'expliquer l'importance des plaintes et leur répercussion socioprofessionnelle. Il a précisé que la portée des plaintes subjectives, comparativement aux éléments objectifs, faisait partie du syndrome douloureux présenté par l'assurée. Il a conclu que sur le plan somatique, la recourante ne présentait aucune affection médicale invalidante et estimait qu'elle pouvait exercer son activité de concierge à un taux de 100%.

Les rhumatologues des HUG ont conclu que «les différents examens radiologiques pratiqués ne mettaient en évidence aucun substrat anatomique susceptible d'expliquer la symptomatologie algique présentée par la patiente» et retenu comme diagnostic un trouble somatoforme douloureux avec cervicobrachialgies irradiantes au MSD.

Enfin, tant les Docteurs B _____ et F _____, médecins traitants, que les médecins de la Clinique Genevoise de Montana ont conclu que la patiente souffre d'un trouble somatoforme douloureux et d'un état dépressif réactionnel, estimant que la capacité de travail était nulle dans l'ancienne profession de l'assurée et qu'aucune autre activité n'était exigible. C'est le lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, lorsqu'il apprécie des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir en 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. Ainsi la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJ 1995, p44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

En conclusion, selon les nombreuses pièces médicales du dossier, on peut retenir que la symptomatologie litigieuse doit être mise uniquement sur le compte d'une composante psychique. Dès lors il s'agit d'examiner si le trouble somatoforme douloureux présenté par l'assurée est invalidant.

8. Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent dans certaines circonstances conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119). 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 soient susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 260 consid. 4b; arrêt N du 12 mars 2004 destiné à la publication, I 683/03). 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. 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. 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. 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 plus, sous réserve des cas de simulation ou d'exagération, raisonnablement être exigée de l'assuré ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165).

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 importante, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie; 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, fuite dans la maladie) ou enfin 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. Il incombe à l'expert psychiatre d'indiquer à l'administration ou au tribunal, si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs, en fonction également des critères susmentionnés, et d'établir de manière objective si, en tenant compte de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré ses douleurs (ATFA N précité consid. 2.2.4).

9. L'assurée a été soumise à une expertise psychiatrique pour le compte de l'assurance accident. Le Docteur E_____ expert, psychiatre, a retenu comme unique diagnostic celui de dysthymie, n'entraînant aucune incapacité de travail.

A ce stade, il sied de relever que les expertises somatique et psychiatrique mandatées par l'assurance accident ont été établies sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et les résultats en sont convaincants. Le Tribunal de céans considère qu'elles remplissent les conditions et ont une valeur probante au sens de la jurisprudence précitée (ATF 125 V 353 consid.3b/bb) et qu'il n'y dès lors pas lieu de donner suite à la demande de la recourante de pratiquer une nouvelle expertise.

A la lecture du dossier, on remarque que les avis du SMR rejoignent ceux des experts mandatés par l'assurance accident et bien que sur le plan physique, les médecins ayant examiné la recourante, dont le Docteur D_____, expert rhumatologue, sont d'accord pour nier toute atteinte à la santé organique objective et évoquent par défaut un trouble somatoforme douloureux, ils n'ont pas trouvé d'éléments permettant de retenir un état dépressif ou anxieux sévère ou un trouble de la personnalité manifeste. De plus il a été relevé que l'assurée n'avait jamais auparavant présenté d'état dépressif patent, ni de psychologie anormale. Par ailleurs aucune thérapie psychiatrique ne lui a jamais été proposée. De tous ces éléments il découle qu'en l'espèce, l'existence d'une comorbidité psychiatrique tant sous l'angle de la durée que de l'acuité doit être niée. Se pose dès lors la question de la présence éventuelle d'autres critères permettant d'apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux. Sur ce point, les critères de la chronicité et de la durée des douleurs apparaissent certes réalisés, toutefois ils ne sont à eux seuls pas suffisants au regard de la jurisprudence pour justifier une invalidité. Une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie fait manifestement défaut. Il a en effet été souligné dans le rapport d'expertise du Docteur MONRAD que la symptomatologie de la recourante n'avait pas d'impact sur sa vie sociale. Elle a un bon entourage familial. L'assurée surmonte apparemment ses douleurs quand il s'agit d'assurer sa propre subsistance au quotidien et de maintenir une vie sociale, alors qu'elle s'estime dans le même temps incapable d'y faire face dans l'exercice d'une quelconque activité professionnelle. L'expert a relevé que la recourante passait ses journées à se promener avec son mari, recevait des visites, faisait des petits trajets en voiture. De plus, elle ne présente aucune lésion post-traumatique objectivée.

10. Au vu de l'ensemble de ces éléments, c'est à juste titre que l'OCAI a retenu le caractère non invalidant du trouble somatoforme douloureux dont souffre la recourante. Le recours doit être rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Confirme la décision sur opposition de l'OCAI du 19 avril 2004.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. 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:

La Présidente :

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

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