RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1167/2006 **ATAS/760/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 5 septembre 2006

En la cause

Madame H_____, domiciliée ONEX	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Maya CRAMER et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Madame H_____, née le 1963, originaire du Kosovo, venue en Suisse en 1990, a déposé le 27 mai 2003 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à l'octroi d'une rente.

2. L'assurée a été hospitalisée en division de rhumatologie à "établissement hospitalier"du 20 mars au 7 avril 2000 en raison de douleurs lombaires et fessières prédominant du côté droit. Une sacro-iliite droite a été mise en évidence et un diagnostic de problable spondyloarthropathie séronégative a été retenu. A la fin de la description du status ostéo-articulaire, il est noté : "fibromyalgie 0 point sur 18" (cf. rapport de sortie du 12 avril 2000). L'assurée a été hospitalisée une deuxième fois en médecine interne, du 16 septembre au 12 octobre 2002, pour des douleurs touchant la fesse gauche. Aucun rapport de sortie ne figure cependant au dossier.

3. En dernier lieu l'assurée travaillait à plein temps au service de X_____SA en tant que nettoyeuse. Elle a cessé toute activité lucrative dès le 9 septembre 2002, en raison de son état de santé.

4. Elle a été suivie en ambulatoire à "établissement hospitalier"(division de rhumatologie) du 7 novembre 2002 au 26 février 2003, pour suite de prise en charge d'une sacro-iliite bilatérale diagnostiquée en octobre 2002. Un rapport a été établi le 3 mars 2003. Le diagnostic de spondylarthropathie ankylosante a été posé. Les médecins ont constaté que l'évolution était favorable grâce au traitement médicamenteux. Ils ont considéré que l'état de la patiente était stabilisé.

5. Interrogé par l'OCAI, le Dr A_____, généraliste, a déclaré le 10 juillet 2003, qu'il ne suivait plus cette patiente depuis fin 2000 et ne pouvait ainsi évaluer ni sa capacité de travail ni son droit à une rente d'invalidité. La Dresse B_____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne, a fait la même remarque le 4 août 2003.

6. Le Dr C_____, nouveau médecin traitant, spécialiste FMH en chirurgie, a dans un rapport du 7 juillet 2003, attesté que l'assurée souffrait de spondylarthrite ankylosante et d'une lombosciatalgie gauche depuis 2002. Il a estimé l'incapacité de travail depuis cette date à 100% quelle que soit l'activité professionnelle, vu "les douleurs dans toutes les positions". A noter que dans une attestation datée du 5 mars 2003, le Dr C_____ déclarait que sa patiente "ne peut plus fournir des efforts, porter des charges ni rester debout ou assise au-delà d'une heure d'affilée. Les positions alternées lui sont bénéfiques. Donc elle ne peut plus effectuer son travail actuel convenablement. Des travaux légers seront adaptés à ses possibilités". Cette attestation avait été établie dans le cadre d'une demande de l'assurée auprès de son employeur pour obtenir un travail plus léger. Celui-ci n'avait cependant pu lui proposer aucun autre emploi.

7. L'OCAI a mandaté le Dr D_____, spécialiste FMH en rhumatologie, pour expertise. Dans son rapport du 17 janvier 2005, ce médecin a confirmé le diagnostic de spondylarthrose ankylosante et a par ailleurs constaté la présence d'éléments cliniques en faveur d'une fibromyalgie avec une anamnèse d'une importante asthénie et de troubles du sommeil. Il a cependant considéré que ni la spondylarthrite ankylosante ni les douleurs chroniques évocatrices d'une fibromyalgie ne généraient de limitation fonctionnelle sur le plan physique. Il n'y a dès lors pas selon lui d'incapacité de travail, étant précisé qu'il conviendrait toutefois d'éviter des activités nécessitant des positions statiques prolongées.

8. Une expertise psychiatrique a été confiée au Dr E_____. Le rapport a été établi le 31 août 2005.

   L'expert relève que l'assurée se plaint de douleurs diffuses et vagues, "qui montent et qui descendent partout", de douleurs nouvelles "dans les os…" et de blocage du dos. Elle a parfois de la peine à assumer ses tâches ménagères; elle s'occupe en regardant la télévision, mais peu "à cause des yeux qui piquent", fait des promenades, se repose la journée car "parfois elle dort mal". L'assurée lui a expliqué que son premier médecin traitant, le Dr A_____, avait organisé son admission à l'hôpital en rhumatologie en mars 2000, mais qu'en octobre déjà, il lui avait proposé de reprendre le travail, ce qui l'avait conduite à changer de médecin.

   L'assurée répète que le fait qu'elle ait été hospitalisée à deux reprises est la preuve que "j'ai quelque chose de maladif".

   L'expert n'a mis en évidence ni trouble cognitif sur le plan clinique, ni troubles de la vigilance, ou du cours de la pensée, ni phénomène psychosensoriel, ni signe de la lignée dépressive ayant valeur de symptôme. L'assurée présente des traits de caractère (dépendance, soumission, passivité), mais pas de façon suffisamment établie et importante pour constituer un trouble spécifique de la personnalité ou pouvoir poser un diagnostic de trouble mental ou du comportement selon ICD-10. Aucun diagnostic psychiatrique n'est ainsi posé. Selon l'expert, la possibilité de s'adapter à un rythme de travail accepté, l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social et la mobilisation des ressources existantes, ne sont pas limitées actuellement par l'existence de trouble psychiatrique.

9. Invité à se déterminer, le Service médical de l'assurance-invalidité (SMR Léman) a considéré qu'il n'y avait pas de maladie invalidante au sens de l'AI.

10. Par décision du 4 janvier 2006, l'OCAI a informé l'assurée que sa demande de prestation AI était rejetée.

11. Celle-ci, représentée par FORUM SANTE, a formé opposition le 19 janvier 2006. Elle allègue souffrir de douleurs en augmentation lesquelles sont devenues tout à

fait insupportables, de maux de tête, avoir mal aux mains, aux genoux, aux coudes et au dos notamment. Elle conclut dès lors à l'octroi d'une rente entière.

12. Le 9 février, FORUM SANTE a informé l'OCAI qu'il cessait d'occuper, que toutefois l'assurée souhaitait maintenir son opposition.

13. Par décision du 2 mars 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition.

14. L'assurée a interjeté recours le 30 mars 2006 contre ladite décision, alléguant que

    "je souffre de nombreuses douleurs qui sont en augmentation et malgré les traitements n'ont trouvé aucun soulagement durable et peu d'accalmie. Depuis le 9 septembre 2002, je suis en incapacité totale de travail. Avant cela, plusieurs tentatives de reprises de travail se sont soldées par une aggravation de ma maladie débouchant sur une hospitalisation et/ou la nécessité d'arrêter de travailler. Au vu de ces faits je considère ne pas être apte à travailler et conclus à une invalidité de 100%".

15. Dans sa réponse du 4 mai 2006, l'OCAI propose le rejet du recours. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er 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 de céans connaît en instance unique des contestations prévues par 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).

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

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). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

5. Le litige porte sur la question de savoir si l'assurée présente un degré d'invalidité susceptible d'ouvrir droit à une rente.

6. Aux termes de l'art. 4 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, 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. Le contenu de cette disposition a été repris par 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).

   Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 LAI (en liaison avec l'art. 8 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

   La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui,

par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 consid. 1.2.).

Il sied par ailleurs de relever que la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances assimile la fibromyalgie au trouble somatoforme douloureux, (ATF 132 V 65).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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).

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; 122 V 160 consid. 1c et les références).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration 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 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 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Selon la jurisprudence du TFA, le médecin traitant a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité 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. 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 (VSI 2001 p. 109 consid. 3b/bb). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67).

8. Il y a lieu tout d'abord de reconnaître pleine valeur probante aux expertises des Drs D_____ et E_____. En effet, les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, les rapports se fondent sur des examens complets, l'anamnèse est détaillée, les experts ont tenu compte des plaintes de l'expertisée, les conclusions sont dûment motivées et se basent sur une expertise complète, tenant compte du contexte médical global.

9. Le Dr D_____ a diagnostiqué une spondylarthrose ankylosante. Il n'a décelé aucune limitation fonctionnelle objective. Selon lui en effet l'atteinte organique est limitée aux articulations sacro-iliaques et n'entraîne pas de limitation fonctionnelle.

   Le Dr C_____ a quant à lui posé le même diagnostic, mais a évalué l'incapacité de travail à 100% quelle que soit l'activité envisagée. Dans une attestation destinée à l'employeur cependant, ce médecin considérait que des travaux légers étaient adaptés aux possibilités de sa patiente. Il y a également lieu de rappeler que le Dr A_____ avait proposé à l'assurée en automne 2000 de reprendre le travail, ce que l'assurée n'avait pas accepté et qui avait provoqué le changement de médecin traitant.

   Force est ainsi de conclure que dans une activité adaptée, l'assurée ne présente pas, sur le plan physique, d'incapacité de travail.

10. Le Dr D_____ fait état d'éléments cliniques évocateurs d'une fibromyalgie. Le Dr E_____ en revanche ne l'envisage même pas et écarte au surplus le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Il a considéré qu'aucun diagnostic psychiatrique ne pouvait être posé. S'agissant plus particulièrement de trouble somatoforme douloureux, il a indiqué qu'il n'existait pas de critères ICD-10 permettant de poser un tel diagnostic même atténué (douleur intense et persistante, sentiment de détresse, conflits émotionnels ou problèmes psychosociaux importants, exigence d'investigation, recherche d'une sollicitude accrue). Il relève à cet égard qu'il y a eu à deux reprises, par deux équipes différentes de soignants et après bilan, une divergence entre la patiente et ses médecins traitants concernant une reprise du travail, amenant une rupture unilatérale du traitement par la patiente et finalement une absence de demande explicite de soins. Il a ajouté que la possibilité de s'adapter à un rythme de travail accepté, l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social et la mobilisation des ressources existantes ne sont pas limitées actuellement par l'existence de trouble psychiatrique.

Il y a lieu de constater que l'assurée ne réunit pas en sa personne les critères jurisprudentiels susceptibles de fonder un pronostic défavorable quant à l'exigibilité au plan psychique d'une reprise de l'activité professionnelle, si tant est que le diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux puisse être retenu. Elle n'a a l'évidence pas épuisé toutes ses ressources adaptatives. Elle présente dès lors une capacité entière de travail dans une activité adaptée, soit une activité n'exigeant pas de position statique prolongée. Il n'est pas nécessaire à cet égard de procéder à la comparaison des gains.

11. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, 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. Dit que la procédure est gratuite.

4. 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