

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1405/2001

ATAS/104/2003

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

DU 1^{ER} OCTOBRE 2003

4ème Chambre

En la cause

Madame M._____

RECOURANTE

contre

**OFFICE CANTONAL
DE L'ASSURANCE-INVALIDITE**
Case postale 266

1211 - GENEVE

INTIME

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente, M. Olivier LEVY et Mme Christine
 BULLIARD, juges assesseurs.**

EN FAIT

1. Madame M._____, née en 1944, de nationalité espagnole, travaillait en tant qu'employée de cuisine et de cantine chez X._____. Dès janvier 1997, elle a ressenti de nombreuses douleurs polyarticulaires handicapantes, notamment sous la forme de dorso-lombalgies. Le 2 février 1998, elle s'est retrouvée en incapacité de travailler à 100 % en raison d'un état de fatigue important ainsi que de douleurs persistantes dans les membres inférieurs et supérieurs. Son dernier salaire s'élevait à CHF 43'355.- par année, 13^{ème} salaire compris (pièce 3, fourre 5 OCAI).

2. Le 16 mars 1998, elle a déposé une demande de prestations AI sous la forme d'une rente (pièce 1, fourre 2 OCAI).

3. Le 26 juin 1998, le docteur A._____, médecin conseil de la Phénix Assurance, l'assureur perte de gain de la X._____, a estimé qu'une expertise s'avérerait indispensable, le certificat médical n'étant selon lui guère convaincant. Il a maintenu sa position après avoir vu la patiente (pièce 4, fourre 4 OCAI).

4. Le 11 août 1998, le docteur B._____, médecin traitant de l'assurée, a établi un rapport à l'attention de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI). Il a diagnostiqué des dorso-lombalgies chroniques ainsi que des cervicalgies, un état de fatigue physique et nerveuse, une épicondylite D et G et un colon spasique (pièce 1, fourre 3 OCAI).

5. Du 2 au 8 septembre 1998, Madame M._____ a séjourné aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG) sur les conseils de son médecin traitant, pour investigation d'un syndrome douloureux chronique. Le docteur C._____, chef de clinique, ainsi que le docteur D._____ et le docteur E._____, ont diagnostiqué une fibromyalgie (pièce 2, fourre 3 OCAI).

6. Le 28 mai 1999, dans un rapport intermédiaire, le docteur B. _____ a confirmé le diagnostic de fibromyalgie. Il a joint un rapport médical concernant les capacités professionnelles duquel il ressortait que Madame M. _____ devait éviter les environnements froids, bruyants et poussiéreux, que sa motivation pour la reprise du travail ou un reclassement professionnel était nulle et qu'elle ne pouvait plus exercer son ancienne profession, ni aucune autre, celle-ci ne parlant pas français et possédant un niveau intellectuel très bas (pièce 3, fourre 5 OCAI).

7. Le 6 septembre 1999, vu la discordance entre les appréciations médicales des deux médecins, l'OCAI a décidé de soumettre l'assurée à un examen pluridisciplinaire dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après COMAI).

8. Le 11 septembre 2000, les médecins en charge de l'expertise COMAI ont rendu un rapport suite à leur examen clinique du 29 mai 2000 et aux consultations de psychiatrie et de rhumatologie du 14 juin 2000. Ils ont diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant de type fibromyalgie ainsi qu'une personnalité histrionique. Concernant la capacité de travail, ils ont estimé qu'elle était de l'ordre de 50 % dans le cadre de l'activité d'aide de cuisine que l'assurée effectuait précédemment et de 50 % également dans un emploi adapté (travail léger, sans port de charges lourdes, sans station fixe trop prolongée). L'assurée avait en outre conservé une certaine indépendance tout en bénéficiant du soutien de ses enfants auxquels elle était très attachée, ses ressources n'étaient pas épuisées et il n'y avait pas d'état dépressif associé réduisant son élan vital (pièce 8, fourre 3 OCAI).

9. Le 16 octobre 2000, appelé à se prononcer en fonction d'un formulaire établi par le médecin conseil de l'OCAI, le professeur F. _____ a souligné plusieurs critères fondant un pronostic défavorable en ce qui concernait le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assurée, notamment sa perte d'intégration sociale partielle, le caractère chronique de la maladie sans rémission durable, la durée de plusieurs années de la maladie, les échecs de traitement et son cadre psychosocial perturbé. Quant aux différents critères motivant

le refus d'une rente, il en a relevé deux, soit la divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé et l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeuraient vagues. Il a qualifié le degré de gravité du trouble de « modéré » (pièce 10, fourre 3 OCAI).

10. Le 31 octobre 2000, l'OCAI a communiqué à Madame M. _____ un projet d'acceptation de rente fondé sur un degré d'invalidité de 50 % au motif que sa capacité résiduelle de travail s'élevait à 50 % selon le rapport COMAI (pièce 3, fourre 1 OCAI).

11. Par décision du 16 janvier 2001, l'OCAI a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité, conformément à son projet du 31 octobre 2000 (pièce 6, fourre 1 OCAI).

12. Le 16 février 2001, Madame M. _____ a interjeté recours contre cette décision. Elle a relevé que la décision de l'OCAI était intervenue alors que celui-ci ne disposait que d'un dossier incomplet et qu'il n'avait dès lors pas pu se prononcer en connaissance de cause. Elle demandait à ce que son dossier médical soit complété par un dossier psychiatrique complet et approfondi, l'expertise du COMAI ayant été établie sur la base d'un unique entretien psychiatrique de vingt minutes. En outre, elle a requis un délai supplémentaire afin de produire un certain nombre de pièces, dont un rapport du centre de la douleur des HUG.

13. Le 15 mars 2001, elle a demandé un délai supplémentaire pour produire d'autres rapports médicaux tout en joignant le rapport du centre de la douleur des HUG du 2 mars 2001 confirmant le diagnostic de fibromyalgie.

14. Dans son préavis du 29 juin 2001, l'OCAI a proposé le rejet du recours tout en renvoyant aux pièces du dossier.

15. Par courrier du 26 juillet 2001, Madame M. _____ a demandé la suspension de la procédure afin de pouvoir produire un dossier

psychiatrique complet, ce qu'elle n'était pas en mesure de faire avant six mois au moins. Elle a expliqué que, si la suspension devait lui être refusée, elle retirerait son recours et demanderait une reconsidération de son degré d'invalidité une fois son dossier à jour.

16. Le 7 janvier 2002, l'OCAI s'est prononcé en défaveur de la suspension de la procédure tout en maintenant sa position initiale.

17. Pour le surplus, les faits pertinents ainsi que les autres allégués des parties seront repris, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » ci-après.

EN DROIT

Préalablement :

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467, consid. 1, 121 V 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la LAI et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 .

A la forme :

La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ ; E 2 05) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales. Conformément à l'article 3 alinéa 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, statuant en instance unique, sur les contestations en matière d'assurance-invalidité notamment (cf. article 56V LOJ). La compétence du Tribunal de céans est ainsi établie pour juger du cas d'espèce.

Interjeté en temps utile, le recours est recevable conformément aux articles 69 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (ci-après LAI ; RS 831.20) et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS ; RS 831.10) alors applicables.

Au fond :

Le litige porte sur la nécessité de la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique supplémentaire pour statuer sur les droits de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité. Pour se déterminer, il convient de statuer d'une part sur le caractère invalidant ou non des troubles somatoformes douloureux présentés par la recourante et, d'autre part, sur la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire réalisée par le COMAI.

1 Du caractère invalidant de l'atteinte à la santé

1.1 L'article 4 alinéa 1 LAI stipule que l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumé 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. S'agissant du droit à une rente, l'article 28 alinéa 1 LAI prévoit :

"L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 pour cent au moins. La rente est échelonnée comme il suit, selon le degré de l'invalidité :

Degré De l'invalidité	Droit à la rente en fractions d'une rente entière
40 pour cent au moins	un quart
50 pour cent au moins	une demie
66 2/3 pour cent au moins	rente entière

L'article 28 alinéa 2 prévoit en outre que, pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide.

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, provoquer 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 sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160). A cet égard, la doctrine a décrit en détail la tâche de l'expert médical, lorsque celui-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant de troubles somatoformes. Selon Mosimann, sur le plan psychiatrique, l'expert doit poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur la gravité de l'affection. Il doit évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assuré d'une activité lucrative. Ce pronostic tiendra compte de divers critères, tels une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, une comorbidité psychiatrique, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale, un éventuel profit tiré de la maladie, le caractère chronique de celle-ci sans rémission durable, une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution, l'échec de traitement conformément aux règles de l'art. Le cumul des critères précités fonde un pronostic défavorable. Enfin, l'expert doit s'exprimer sur le cadre psychosocial de la personne examinée. Au demeurant, la recommandation de refus d'une rente doit également reposer sur différents critères. Au nombre de ceux-ci figurent la divergence 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 (MOSIMANN, Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, RSAS 1999, p. 1 ss et 105 ss, VSI 2000 p. 155, ATFA n° I 229/01 Mh du 9 octobre 2001).

En outre, le Tribunal fédéral a encore souligné dernièrement qu'on ne saurait reconnaître l'existence d'une incapacité de travail résultant d'un syndrome douloureux sur la base d'éléments qui entrent certes dans les critères

déterminants susceptibles de justifier une incapacité de travail mais qui, chez la personne expertisée, se manifestent sous une forme atténuée. Pour admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, encore faut-il que celui-ci revête un minimum de degré de gravité (ATFA non publié du 20 septembre 2002 en la cause I 759/01).

1.2 En l'espèce, plusieurs critères, dont le cumul, permettent d'apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes, conformément à la jurisprudence, ont été énumérés par l'expert. Ainsi, le second diagnostic retenu par les experts est constitué par une personnalité histrionique. Si la structure de personnalité de l'intimée ne présente pas de traits prémorbides et que l'assurée ne souffre pas d'affections corporelles chroniques, l'anamnèse psychosociale fait état d'une perte d'intégration sociale partielle et d'un cadre psychosocial perturbé. Les critères de la chronicité de la maladie sans rémission durable, de la durée des douleurs et des échecs de traitements conformes aux règles de l'art, fondant un pronostic défavorable à propos de l'exigibilité d'une reprise de l'activité professionnelle, apparaissent en outre réalisés. A cet égard, les experts donnent des explications convaincantes, sur la base de laquelle il est possible d'inférer que la capacité de travail de la recourante n'est pas entière, aussi bien dans l'activité précédente que dans une activité adaptée, mais seulement de 50 %. En outre, seuls deux critères permettant la recommandation de refus d'une rente sont présents, soit la divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé et l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues.

En bref, les critères déterminants consacrés par la jurisprudence en cette matière (VSI 2000 p. 154) se manifestent chez l'assurée avec un minimum de constance et d'intensité, de sorte que l'intimé était fondé à se rattacher au taux d'incapacité de travail auquel étaient parvenus les experts.

2. De la valeur probante de l'expertise du COMAI

2.1 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 ; Pratique VSI 3/2000, p.154).

Lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353).

En outre, dans le cadre d'une expertise pluridisciplinaire, il importe de s'attacher à la discussion globale menée par le collège des experts, plutôt qu'aux rapports forcément sectoriels et limités des différents spécialistes consultés en cours d'expertise (ATFA non publié du 19 août 2003 en la cause I 53/03).

2.2 En l'espèce, force est de reconnaître que l'expertise pluridisciplinaire réalisée par le COMAI répond en tous points aux critères jurisprudentiels précités. Une expertise psychiatrique a été menée par le docteur G._____, qui s'est attaché à décrire les troubles dont souffrait la recourante, à se prononcer sur le contexte psychosocial de la recourante et à exposer pourquoi le caractère invalidant des troubles présentés devait être reconnu. En outre, lors de la discussion globale menée par le collège d'experts, chaque point important concernant tant le diagnostic que la situation physique et psychique de la recourante a été rediscuté et motivé, ce qui a permis de rendre en définitive une expertise très complète sur l'état de santé de l'assurée et sur sa capacité de travail résiduelle.

C'est ainsi en vain que la recourante tente de démontrer qu'elle aurait droit à une rente entière fondée sur une incapacité de travail entière, contrairement aux conclusions de l'expertise.

Quant à ses conclusions tendant au dépôt d'une expertise psychiatrique supplémentaire, elles doivent être rejetées, une telle expertise n'apparaissant pas nécessaire en l'espèce, vu le rapport COMAI.

En outre, selon la jurisprudence, les faits survenus postérieurement doivent être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102).

En l'espèce, les faits intervenus postérieurement à la décision attaquée dont se prévaut la recourante n'étaient pas de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue, raison pour laquelle il se justifie de ne pas en tenir compte. Il sied cependant de rappeler à la recourante que, pour le cas où une aggravation de son état de santé se serait produite postérieurement à la décision attaquée, il lui sera toujours loisible de le faire valoir auprès de l'assurance-invalidité afin d'obtenir une nouvelle décision.

Pour tous ces motifs, le recours doit être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Reçoit le recours;

Au fond :

1. Le rejette;
2. 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 qu'elle 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).

Le greffier :

Walid BEN AMER

La Présidente :

Juliana BALDE

Secrétaire-juriste : Flore PRIMAULT

Le présent arrêt est communiqué pour notification aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe