RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1416/2002 **ATAS/372/2003**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 17 décembre 2003

5ème Chambre

En la cause

Madame C_____, comparant par le Dr. François E_____, recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, 97, rue de Lyon, 1203 GENEVE**,** intimé

Siégeant : Mme Maya CRAMER, Présidente, Madame Teresa SOARES et Monsieur Philippe CARRUZZO, juges assesseurs

---

EN FAIT

1. Madame C_____, ressortissante italienne née en 1946, est arrivée en Suisse en 1974.

2. Dès 1984, elle a été employée en tant qu'ouvrière à plein-temps dans le secteur de l'horlogerie pour un salaire de 3'665 fr. payé 13 fois l'an.

3. Le 12 octobre 1999, l'assurée a arrêté son activité en raison de son état de santé.

4. Le 8 septembre 2000, elle a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) visant à l'obtention d'une rente, en raison de migraines et d'une hernie.

5. Dans son rapport médical à l'attention de l'OCAI du 30 septembre 2000, le Dr E_____, médecin-traitant, a indiqué que sa patiente souffrait d'un état dépressivo-anxieux important avec insomnies et irritabilité, même envers sa famille, de fortes migraines à répétition avec nausées et vertiges nécessitant un alitement depuis une trentaine d'années et d'une hernie discale opérée en 1989 avec récidive de lombalgie à bascule depuis 1996. Sa capacité de travail était nulle dès le 12 octobre 1999 et aucune mesure n'était susceptible de l'améliorer. Selon ce médecin, son état de santé était stationnaire, mais nécessitait un traitement antalgique et une psychothérapie.

6. Le Dr F_____, neurologue et second médecin-traitant, a également diagnostiqué, dans un rapport médical à l'attention de l'OCAI du 9 octobre 2000, des migraines communes et céphalées de tensions musculaires, indiquant toutefois qu'il n'y avait pas d'anomalie à l'examen neurologique. Selon l'avis de ce praticien, les migraines et céphalées de tension ne justifiaient pas une mise en invalidité. Elles provoquaient tout au plus des arrêts de travail courts de 12 à 24 heures qui pouvaient se répéter dans le cours d'une année, mais ne devaient en aucun cas être prolongé pour cette seule raison. Un reclassement ne lui a pas semblé indiqué, dès lors que les migraines pouvaient survenir dans n'importe quelle situation.

7. Dans son rapport médical du 10 octobre 2000 concernant les capacités professionnelles de sa patiente, le Dr E_____ a déclaré que celle-ci pouvait rester dans la position assise pendant deux heures par jour et que la position debout, la même position du corps pendant longtemps et même l'alternance des positions assis/debout/marche étaient exclues. De l'avis de ce médecin, la position

accroupie et l'inclinaison du buste était également à proscrire. Elle avait par ailleurs un périmètre de marche de maximal 300 mètres, ne pouvait pas utiliser les deux bras, porter des charges, se baisser et faire des mouvements des membres et du dos répétitifs. Il a estimé que l'incapacité de travail était totale dans n'importe quelle profession en raison des migraines.

8. Suite à une demande de l'OCAI, le Dr E_____ a indiqué le 24 mars 2001 que des maux de nuque et lombalgies persistantes avec blocages cervicaux et lombaires faisaient que la patiente avait des difficultés à rester dans la même position, ainsi qu'à se baisser et relever. Il a constaté comme limitation fonctionnelle objective une diminution de l'amplitude des mouvements de la colonne, douleurs à la palpation des vertèbres cervicales et lombaires. L'incapacité de travail n'était pas essentiellement basée sur des plaintes. A la question de savoir s'il avait des éléments donnent à penser à un problème psychique notable, il a répondu que l'assurée présentait un état d'anxiété de ne pas pouvoir travailler, à cause de ses migraines très invalidantes, survenant souvent pendant trois à quatre jours et l'obligeant à rester au lit et ceci plusieurs fois par mois.

9. En raison des avis divergents des médecins, l'OCAI a décidé de soumettre l'assurée à une expertise pluridisciplinaire à l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds.

10. Les 21 mai et 14 août 2001, l'assurée a été examinée par les Dr G_____ et H_____ du service de rhumatologie de médecine physique de cet hôpital. Il ne semble pas qu'un consultant en psychiatrie ait été associé à cette expertise. Dans leur rapport du 18 octobre 2001, ces médecins ont diagnostiqué une lombosciatalgie L5 D chronique, un syndrome dépressif modéré, des céphalées chroniques et une fibromyalgie. Sur le plan physique, ils ont constaté une limitation de la mobilité du rachis dorso-lombaire dans tous les plans, la présence des réflexes ostéo-tendineux, à l'exception de celui de l'achilléen D, et une diminution de la sensibilité au niveau L5 D, mais aucune limitation articulaire ni d'atteinte motrice. Sous la rubrique « Status psychiatrique », il est uniquement indiqué « **Beck Depression Inventory (BDI) :** 20/63 témoignant d'une dépression légère réactionnelle. » Il n'ont pas constaté des signes de retrait social. Selon les déclarations de l'assurée, elle faisait son ménage par petites touches, préparait le repas de midi et du soir, faisait quelques courses, du repassage et la vaisselle, ainsi que, par petites périodes, passait l'aspirateur. S'agissant de son dernier emploi, les experts ont relevé que l'activité de l'assurée consistait en un travail minutieux dans des positions parfois inconfortables, mais ne comportait pas de port de charges lourdes. En raison des limitations cliniques observées ainsi que des modifications radiologiques, ils ont évalué l'incapacité de travail comme ouvrière d'horlogerie à 30 % dès le début de l'année 2000. Se fondant sur une

appréciation du Dr F_____ du mois d'août 2000, ils ont par ailleurs estimé que le problème des migraines trouvait sa cause plutôt dans un climat professionnel très défavorable et devait être réglé plutôt à ce niveau qu'à celui d'une incapacité de travail, tout en soulignant que la patiente avait pu travailler à 100% durant 8 ans, alors que les céphalées s'étaient déjà aggravées. Selon l'avis des experts, l'assurée serait capable de s'adapter à son environnement professionnel, même avec son trouble psychique, dans la mesure où la tendance dépressive était réactionnelle à l'incapacité de travail prolongée et qu'il n'y avait pas de retrait social. Vu l'âge de la patiente et son manque de motivation, des mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables, mais les experts ont relevé que la capacité de travail pourrait être légèrement supérieure dans une activité n'exigeant pas de positions contraignantes pour le rachis.

11. Par décision du 8 avril 2002, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée retenant qu'elle était en mesure de travailler à 70% dans son activité antérieure.

12. Représentée par le Dr E_____, l'assurée a interjeté recours contre cette décision par courrier du 27 avril 2002, reçu le 7 mai à la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité (ci-après : Commission de recours), relevant qu'il n'avait pas été suffisamment tenu compte des problèmes de migraines qui étaient fréquentes et très invalidantes, des lombosciatalgies à bascule qui s'aggravaient depuis quatre à cinq ans avec blocage du dos et des tendinites persistantes au bras droit depuis plusieurs mois, ainsi que d'un état dépressif consécutif à toutes ces douleurs et au fait qu'elle ne pouvait plus entretenir son ménage, faire ses courses et répondre aux besoins d'une famille. Une invalidité de 50% lui semblait dès lors plus juste.

13. Par préavis du 8 juillet 2002, l'OCAI a persisté dans sa décision, en se prévalant de l'expertise des Dr G_____ et H_____ qu'il a qualifiée de « multidisciplinaire ».

* * *

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (ci-après LOJ) a été modifiée et un Tribunal cantonal des assurances sociales a été institué dès le 1er août 2003. Conformément à l'art. 3 al. 3 des dispositions transitoires de la loi du 14 novembre 2002 modifiant la LOJ, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi précitée et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales. La compétence du Tribunal de céans est dès lors établie pour trancher le présent litige (cf. art. 1 let. r et 56 V LOJ).

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après LPGA) est entrée en vigueur le 1er 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 loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après LAI) et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.

3. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable à la forme, en vertu des articles 69 *a*LAI, et 84 ancien de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (ci-après LAVS).

4. Selon l'art. 4 al. 1er *a*LAI, l'invalidité au sens de la présente loi 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'alinéa 2 précise que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Le droit à la rente est déterminé par l'art. 28 al. 1er *a*LAI qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 pour cent au moins. La rente est entière pour une invalidité de 66 2/3% au moins, une demi rente est accordée pour une invalidité de 50% au moins et un quart de rente pour une invalidité de 40% au moins, en vertu du deuxième alinéa.

5. Selon la jurisprudence en la matière, les atteintes à la santé psychique susceptibles de provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er *a*LAI comprennent, en plus des maladies mentales proprement dites, les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. Ne peuvent cependant être prises en considération les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, ce qu'il convient de déterminer aussi objectivement que possible. Ainsi, il y a lieu d'établir si et dans quelle mesure un assuré peut, en dépit de son infirmité mentale, exercer une activité sur un marché équilibré du travail, compte tenu de ses aptitudes. Il convient dès lors d'examiner si la mise à profit de la capacité de travail peut encore être raisonnablement exigé de l'assuré et/ou si elle serait insupportable pour la société, indépendamment du fait que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante (ATF 102 V 165 ; VSI 2001, p.224 consid. 2 b). Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 aLAI, (ATF 127 V 294). Il est nécessaire de mettre en évidence dans chaque cas un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail et de gain de manière importante.

6. S'agissant d'une dysthymie, soit une affection psychique correspondant au trouble F34.1 de la 10ème révision de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexe (CIM-10), le TFA a jugé qu'une telle atteinte ne présentait pas un degré de gravité suffisant pour justifier une incapacité de travail (ATFA non publié du 2 mai 2002, I 354/2001 au 2 mai 2002).

7. Un rapport médical a une pleine valeur probante, lorsque les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, le rapport se fonde sur des examens complets, prend également en considération les plaintes exprimées, a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), la description du contexte médical est claire et les conclusions du médecin sont bien motivées (ATF 122 V 160 et les références). Le juge ne saurait s'écarter des expertises établies par des spécialistes reconnus et répondant aux critères susmentionnés, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 161, consid. 1c).

   Quant aux rapports des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste extérieur qu'à l'appréciation de l'incapacité

de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

En ce qui concerne les troubles somatoformes douloureux, auxquels est associée la fibromyalgie, le TFA a défini la tâche de l'expert, lorsque celui-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant de tels troubles. Ce faisant, il a également posé des critères pour admettre une invalidité dans une telle hypothèse (VSI 2000 p.154 ss). L'expert doit poser, sur le plan psychiatrique, un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur le degré de gravité de l'affection, ainsi qu'évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assurée d'une activité lucrative. Dans son pronostic, il devra tenir compte d'une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, d'une comorbidité psychiatrique, des affections corporelles chroniques, d'une perte d'intégration sociale, d'un éventuel profit tiré de la maladie, du caractère chronique de celle-ci sans rémission durable, d'une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution et de l'échec de traitements conformes aux règles de l'art. Le pronostic pour une reprise du travail est défavorable, lorsque les critères précités sont cumulés. L'expert doit également s'exprimer sur le cadre psychosocial de la personne examinée. Les critères suivants peuvent fonder un refus de rente : 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, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de leurs handicaps malgré un environnement psychosocial intact (VSI 2000 p.155).

8. En l'occurrence, les experts mandatés par l'OCAI ont estimé, sur la seule base des limitations physiques, que la recourante présentait une incapacité de travail de 30%. Il est à relever toutefois qu'ils ont également diagnostiqué, outre un état dépressif léger, des migraines, apparemment plutôt de nature psychosomatique, et une fibromyalgie. Selon leur appréciation, ces affections n'ont pas d'influence sur la capacité de travail.

   Au vu du diagnostic de fibromyalgie posé et des fortes migraines survenant pendant trois à quatre jours plusieurs fois par mois, selon le médecin traitant, il appert que l'expertise des Dr G_____ et H_____ ne satisfait pas aux critères établis par le TFA pour les troubles somatoformes douloureux. En premier lieu, il est à relever que ni l'un ni l'autre de ces médecins est un spécialiste en psychiatrie. Il ne résulte pas non plus de leur rapport qu'un consultant en ce domaine médical a examiné la recourante et participé à l'élaboration des conclusions d'expertise. Celle-ci ne saurait dès lors être

qualifiée de multidisciplinaire, comme l'a fait l'OCAI. De surcroît, ces médecins n'ont pas procédé à un examen approfondi de la structure de la personnalité de l'assurée, afin de déterminer si elle présentait des traits prémorbides ou une comorbidité psychiatrique, ainsi que, sur la base de ces constatations, si la reprise du travail pourrait être exigible. Seul un test psychologique a été réalisé afin de déterminer si elle souffre d'une dépression d'une certaine gravité. Certes, cela ne semble pas être le cas. Toutefois, le trouble dépressif n'est pas le seul trouble à la santé mentale qui peut se présenter. En outre, un seul test psychologique paraît bien léger, pour se prononcer sur une telle atteinte.

9. De ce qui précède, il résulte que la présente cause n'est pas suffisamment instruite. Il y a dès lors lieu d'annuler la décision attaquée et de la renvoyer à l'intimé pour un complément d'instruction, sous la forme de la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, et nouvelle décision, sur la base des conclusions de celle-ci.

* * *

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare recevable le recours interjeté le 27 avril 2002 par Madame C_____ contre la décision de l'office cantonal de l'assurance-invalidité du 8 avril 2002.

Au fond :

2. L'admet partiellement.

3. Annule la décision précitée.

4. Renvoie la cause à l'office cantonal de l'assurance-invalidité pour la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et nouvelle décision, sur la base des nouvelles constatations médicales.

5. Dit qu'il n'est pas perçu d'émolument ni alloué d'indemnité.

6. 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).

La greffière : La Présidente :

Yaël BENZ Maya CRAMER

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

Le présent arrêt est notifié aux parties ainsi qu'à l'office fédéral des assurances sociales par le greffe