RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1660/2002 **ATAS/388/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

6ème Chambre

du 9 mai 2005

En la cause

Madame D_____, comparant par Me William DAYER en l'étude duquel elle élit domicile	recourante

contre

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

Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente, Mesdames Isabelle DUBOIS et Karine STECK, Juges.

EN FAIT

1. Le 17 mai 1999, Mme D_____(ci-après Mme R_____), née le 17 février 1961, de nationalité portugaise, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi de mesures de reclassement professionnel en raison d'une hernie discale, une périarthrite à la hanche droite et un canal lombaire étroit. Elle relevait qu'elle souffrait depuis des années et avait des douleurs très fortes depuis septembre 1998.

2. Mme R_____ a travaillé comme vendeuse en boulangerie du 12 août 1987 au 31 octobre 1997 puis comme cuisinière au restaurant « l'Espace ». Elle a été en incapacité totale de travailler dès le 31 août 1998 et a bénéficié d'indemnités journalières de la Bâloise assurances jusqu'au 25 novembre 2000. Elle a été suivie depuis le 2 septembre 1998 par le Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.

3. Selon une IRM lombaire du 22 septembre 1998, l'assurée présentait une « protrusion discale prononcée en L4-L5 de localisation surtout latérale occupant les trous de conjugaison à prédominance droite et en contact avec la racine L4 droite dans son trajet foraminal. Discrète protrusion discale en L5-S1 sans image de hernie. Suspicion d'un canal lombaire étroit. Cône médullaire de topographie et de configuration normales ».

4. Le 23 octobre 1998, le Dr B_____, neurochirurgien, a attesté qu'il avait examiné l'assurée à la demande du Dr. A_____. Elle se plaignait depuis août 1998 de sensation de gêne et d'hypoesthésie au niveau de la fesse et parfois la racine de la cuisse droite à mettre en relation avec une protrusion discale intra-foraminale L4-L5 droite cohérente avec la symptomatologie. Il n'y avait pas d'indication à un geste chirurgical, d'autant que la protrusion était de petite taille, entraînant plus une irritation qu'une réelle compression de la racine. Des séances de physiothérapie étaient utiles.

5. Une tomodensitométrie du 13 janvier 1999 a montré un canal lombaire constitutionnel relativement étroit. Une protrusion discale prononcée en L4-L5 de localisation médiane et paramédiane surtout latérale droite en contact avec la racine L4 dans son trajet foraminal et extra-foraminal mais sans tuméfaction. Discrète protrusion discale en L5-S1 en contact avec la partie antérieure du fourreau dural mais sans répercussion sur les racines. Aspect normal des facettes articulaires postérieures.

6. Le 5 février 1999, le Dr A_____ a attesté de rechute de lombalgies aiguës sur hernie discale L4-L5 paramédiane droite connue. En avril 1999, l'assurée a été traitée par le Dr C_____, spécialiste en maladies rhumatismales, qui a

pratiqué des infiltrations lombaires. Il a suivi la patiente du 22 février au 31 mai 1999.

7. Le 27 avril 1999, le Dr D_____, chirurgien FMH, ancien chef de clinique chirurgicale et orthopédique, médecin-conseil de la Bâloise assurances a rendu, à la demande de celle-ci, un rapport d'expertise. Il relève que toute l'histoire de cette patiente sonne vrai. Toute la symptomatologie, surtout subjective parle pour une sorte de claudication radiculaire affectant certaines racines et parfois d'autres. Face à une situation qui paraît avoir une importante composante musculaire, l'accent doit être mis, avant tout, sur la physiothérapie à visée antalgique et, surtout, décontractante avec une importante part de gymnastique de posture. La patiente signale que l'infiltration faite par le Dr C_____ lui avait été bénéfique. La patiente étant finalement en investigation clinique, une incapacité de travail totale, vu sa profession, doit être admise.

8. Le 7 juillet 1999, le Dr A_____ a constaté qu'il n'y avait pratiquement aucune évolution malgré la collaboration du Dr C_____. La patiente avait pu bénéficier en avril 1999 d'une série d'infiltration locale par le Dr C_____, sans effet positif selon elle. La reprise du travail comme cuisinière ne pouvait être prévue dans un avenir raisonnable. Il fallait prévoir une réadaptation professionnelle dans une activité mieux adaptée.

9. Selon un rapport médical du 15 juillet 1999 du Dr A_____, Mme R_____ était en incapacité de travail totale depuis le 31 août 1998 dans sa profession de cuisinière. Le diagnostic était celui de « lombalgies en voie d'aggravation en présence de doubles discopathies ; L4-L5 et L5-S1 et probable petite hernie discale L4-L5 paramédiane droite même. Troubles statiques et transitionnels lombo-sacrés. Suspicion de sacro-ilite droite ou sclérose simple (?!). Syndrome cervical subaigu sur troubles statiques et dégénératifs au début. Syndrome du tunnel carpien bilatéral cliniquement mais jamais confirmé par les EMG ». Une activité légère et mieux adaptée sans devoir lever ou porter des charges (patrouilleuse d'école ou personnel surveillant) était possible. Elle avait besoin d'un traitement de rhumatologie orthopédique.

10. Selon un rapport médical du 18 juillet 1999 du Dr C_____, Mme R_____ souffrait de lombalgies non spécifiques et de périarthrite de la hanche droite. Les lombalgies étaient progressives depuis l'été 1998. Un traitement de physiothérapie intermittente ainsi que des infiltrations étaient nécessaires. L'assurée ne pouvait porter de lourdes charges.

11. Dans un autre rapport médical daté du même jour et adressé à la Bâloise assurances, le Dr C_____ a attesté qu'il avait suivi la patiente du 22 février 1999 au 31 mai 1999, que celle-ci était en incapacité totale de travailler du 1er avril au 31 mai 1999 et qu'il avait proposé une reprise à 50 %.

12. Le 22 novembre 1999, le Dr A_____ a attesté que l'état de la patiente était devenu stationnaire. Il n'y avait aucune amélioration malgré les traitements médicamenteux et de physiothérapie. L'assurée était en incapacité totale de travailler depuis le 8 janvier 1999.

13. Le 10 mai 2000, le Dr A_____ a attesté d'une nette accentuation de la symptomatologie lombaire sensitive. Il n'y avait aucune évolution objectivable à l'examen, ni amélioration, ni aggravation malgré les plaintes accentuées de la patiente. Elle était calme, tranquille et collaborante. En aucun cas une reprise était possible dans sa profession et le pronostic était médiocre sinon mauvais.

14. Le 4 juillet 2001, le Dr A_____ a attesté que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire et qu'elle suivait un traitement médicamenteux. Le dernier examen médical datait du 18 juin 2001.

15. Le 5 septembre 2001, le Dr E_____, médecin-conseil de l'OCAI, a relevé qu'il n'existait rien d'objectif pour expliquer les plaintes de l'assurée. Les troubles annoncés « et la probable » (?) du Dr A_____ ne reposaient sur aucun élément objectif. De telles déclarations alarmistes peuvent perturber une personne et induire en erreur l'administration. Il fallait prévoir une expertise par le Dr F_____, spécialiste en rhumatologie et médecine physique.

16. Le 28 décembre 2001, le Dr F_____ a rendu un rapport d'expertise. Le diagnostic était celui de lombalgies occasionnelles sur troubles de la posture dans le plan sagittal et sur discopathies de L4-L5 et L5-S1 devenues asymptomatiques. Séquelles de périarthropathie de la hanche droite, non calcifiante. Surcharge pondérale. Il fallait souligner que les divers traitements appliqués avaient été couronnés de succès et que l'assurée admettait qu'elle n'était pas handicapée par ses douleurs. Les lombalgies avaient pratiquement disparues et elle pouvait vaquer à ses occupations habituelles. Il en était de même des gonalgies récentes et les mains n'étaient pas le siège des douleurs. La sensation de faiblesse à ce niveau était purement subjective. Il existait une composante musculaire dans la gêne de la hanche droite et peut-être aussi une composante cellulalgique liée au surpoids. Le pronostic fonctionnel était très favorable. L'incapacité de travail, justifiée au stade aigu de l'affection en 1992, était sans aucun doute abusive. L'assurée était d'accord de reprendre une activité lucrative à condition d'éviter de très gros efforts, par exemple comme vendeuse, en changeant de position fréquemment ou encore comme femme de ménage ou patrouilleuse. Du point de vue médical, l'exigibilité au travail habituel ne faisait aucun doute. Aucune mesure médicale complémentaire n'était indiquée. Il ne subsistait aucune incapacité de travail. Le Dr F_____ conclut son rapport en disant qu'il souhaiterait que le médecin-traitant soit informé de sa façon de voir afin de se rendre compte que certains des patients devraient être considérés comme des aggravateurs.

17. Selon un rapport d'examen du SMR Léman du 15 avril 2002, il n'existait aucune pathologie du ressort de l'AI. Les plaintes présentées en 1998 avaient disparu sous traitement conservateur prescrit par le Dr C_____. Il n'y avait donc aucune raison de prolonger l'incapacité de travail. La capacité de travail était de 100 % dans l'activité habituelle.

18. Le 16 avril 2002, l'OCAI a rendu une projet de décision rejetant la demande de prestations en se fondant sur l'expertise du Dr F_____.

19. Le 13 juin 2002, Mme R_____ a été entendue par l'OCAI et a demandé une copie de l'expertise du Dr F_____ dont elle n'avait pas connaissance et une prolongation du délai d'audition pour faire parvenir de nouveaux documents médicaux, notamment un avis médical de la Dresse G_____ avec laquelle elle avait rendez-vous le 18 juin 2002.

20. Le 21 août 2002, l'OCAI a rendu une décision rejetant la demande de prestations, en relevant qu'aucun élément nouveau déterminant n'avait été apporté par l'assurée lors de la procédure d'audition.

21. Le 30 août 2002, l'assurée a demandé à l'OCAI l'annulation de sa décision car elle avait compris que l'instruction du dossier serait suspendue jusqu'en septembre 2002 afin de fournir d'autres renseignements médicaux.

22. Le 19 septembre 2002, la Dresse G_____, spécialiste en médecine interne, maladies rhumatismales, a attesté avoir examiné l'assurée les 18 juin et 19 septembre 2002 en raison de lombalgies chroniques essentiellement. Elle relève que ce problème justifie un reclassement professionnel, la patiente ne pouvant plus assumer son précèdent emploi de cuisinière (longues stations debout, port de poids lourds).

23. Le 23 septembre 2002, Mme R_____ a recouru à l'encontre de la décision de l'OCAI du 21 août 2002. Elle était indignée par le rapport du Dr F_____ car elle contestait formellement avoir indiqué qu'elle n'était plus handicapée par ses douleurs. Ce rapport était incompréhensible et contraire à la vérité. Elle avait été entendue pendant deux heures et, d'entrée de cause, le débat avait été centré par le médecin sur l'idée qu'elle devait pouvoir travailler immédiatement. Par ailleurs, l'OCAI, contrairement à ce qui avait été convenu en juin 2002, n'avait pas attendu la transmission des dernières attestations médicales avant de rendre sa décision. Elle continuait de souffrir de lombalgies chroniques et les Drs H_____ et G_____ concluaient à la nécessité d'un reclassement professionnel. Un contre-expertise était nécessaire. Seule une aide dans le cadre d'une réadaptation pouvait lui redonner la possibilité de réinsertion professionnelle.

24. Le 9 décembre 2002, l'OCAI s'est opposé au recours. L'OCAI avait attendu les documents médicaux promis par l'assurée jusqu'en août 2002, avant de rendre sa

décision, ce qui constituait un délai suffisant. L'assurée ne se prévalait d'aucun élément nouveau susceptible d'infirmer les conclusions de l'expert, hormis le certificat médical sommaire de la Dresse G_____, lequel n'avait pas de force probante suffisante. Par ailleurs, l'expertise avait une force probante supérieure aux rapports du médecin-traitant. L'assurée ne souffrait donc d'aucune atteinte à la santé susceptible d'engendrer une incapacité de gain.

25. Le 9 janvier 2003, l'assurée a répliqué en relevant qu'il avait été clairement convenu avec le gestionnaire du dossier de l'OCAI, le 13 juin 2002, que l'instruction serait suspendue jusqu'en septembre 2002. Le certificat de la Dresse G_____ était sommaire car établi dans l'urgence, en raison du délai de recours. Sa conclusion était néanmoins parfaitement claire.

26. Le 24 janvier 2003, l'OCAI a déclaré maintenir sa position.

27. Le 29 septembre 2003, le Tribunal cantonal des assurances sociales a informé les parties qu'il entendait ordonner une expertise et la confier au Dr I_____. Le projet de mission d'expertise leur a été remis avec un délai au 10 octobre 2003 pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert et sur la mission d'expertise.

28. Le 10 octobre 2003, l'OCAI a répondu qu'il estimait qu'une contre-expertise n'était absolument pas nécessaire, vu l'expertise du Dr F_____ laquelle revêtait une pleine valeur probante. Le certificat médical du médecin traitant, établi en instance de recours, ne pouvait mettre en cause les conclusions de l'expertise. Une contre-expertise serait de nature à entraîner des frais inutiles et à allonger les délais de la procédure. Enfin, l'expert devait uniquement se prononcer sur l'état de santé de l'assurée au 21 août 2002.

29. Le 10 octobre 2003, la recourante a déclaré qu'elle n'avait aucun motif de récusation de l'expert, ni d'observations à formuler sur le libellé des questions posées à ce dernier.

30. Par ordonnance du 23 octobre 2003, le Tribunal cantonal des assurances sociales a ordonné une expertise médicale qu'il a confiée au Dr I_____, spécialiste en rhumatologie.

31. Le 10 novembre 2003, l'OCAI a recouru contre cette ordonnance auprès du Tribunal fédéral des assurances (TFA) en concluant à son annulation.

32. Par arrêt du 17 août 2004, le TFA a déclaré le recours irrecevable, la condition de l'existence d'un préjudice irréparable n'étant pas réalisée.

33. Le 22 février 2005, le Dr I_____ a rendu son rapport d'expertise. Le diagnostic était celui de « lombalgies communes, discopathies L4-L5 et L5-S1 ;

status après périarthropathie de hanche droite d'évolution favorable ; surcharge pondérale ». L'état de santé était stationnaire depuis 1998 et il n'y avait en particulier pas eu de modification depuis le 21 août 2002, date de la décision de l'OCAI. Il n'y avait pas de limitations en relation avec les troubles constatés, pas de douleur handicapante et une discordance évidente entre les plaintes et l'examen clinique, celui-ci pouvant être considéré comme normal. La capacité de travail de la patiente pouvait actuellement être considérée comme entière tant comme cuisinière que comme technicienne de surface. Aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était indiquée. L'examen clinique qu'il avait effectué ne corroborait pas l'aggravation subjective signalée par la patiente. Le bilan radiologique complémentaire effectué dans le cadre de l'expertise ne montrait aucune évolution par rapports aux clichés standards de la colonne lombaire de 1998. En conclusion, malgré des lombalgies discrètes, la patiente était apte à exercer une activité professionnelle qui, au demeurant, n'impliquait pas d'efforts importants.

34. Le 21 mars 2005, l'OCAI a relevé que l'expertise du Dr I_____ corroborait les constatations du Dr F_____ dont le rapport du 28 décembre 2001 fondait sa décision de refus.

35. Le 18 avril 2005, la recourante s'en est rapportée à justice en relevant que les conclusions de l'expert l'avaient plongée dans le désarroi et l'incompréhension la plus totale. Ce dernier avait pourtant confirmé le diagnostic de lombalgies chroniques, étant rappelé que le médecin traitant avait conclu à des mesures professionnelles dans le cadre d'une activité mieux adaptée, que le Dr D_____ avait admis une incapacité totale de travail dans sa profession et que la Dresse J_____ était d'avis qu'un reclassement professionnel se justifiait.

EN DROIT

1. Par ordonnance du 23 octobre 2003, le Tribunal de céans a déclaré le recours recevable et appliqué la loi fédérale sur l'assurance invalidité du 19 juin 1959 (LAI) dans sa teneur valable jusqu'au 31 décembre 2002. Cette ordonnance est entrée en force.

2. Selon l'art. 4 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.

   Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1; ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b).

3. Dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves notamment dans le domaine médical. Il convient de rappeler ici que selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous le 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 sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

   Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

   Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter de l'expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une

surexpertise 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.

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 de l'expert 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, 122 V 160 consid. 1c et les références).

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

4. En l'espèce, l'expertise judiciaire du Dr I_____ a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence précitée, ce que la recourante ne conteste d'ailleurs pas. Dès lors que l'expert conclut à une capacité de travail totale de la recourante, notamment dans son ancienne profession, celle-ci n'est pas invalide au sens de la LAI. En conséquence, le Tribunal de céans ne peut que rejeter le recours et confirmer la décision sur opposition de l'OCAI refusant à la recourante toute prestation.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

Au fond :

1. Rejette le recours ;

2. Dit que la procédure est gratuite ;

3. 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 :
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

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