RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1677/2003 **ATAS/177/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

3ème chambre

du 3 mars 2005

En la cause

Madame L_____, mais comparant par Me Pierre GABUS, en l'Etude duquel elle élit domicile	recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, 1211 Genève 13	intimé

Siégeant : Madame Nicole DOURNOW, juge suppléante,

Mesdames Isabelle DUBOIS et Doris WANGELER, juges

EN FAIT

1. Madame L_____, ci-après l'assurée, est née au Portugal en juin 1958. Elle s'est installée en Suisse en 1986 pour rejoindre son mari dont elle est divorcée depuis 1997. Elle a trois enfants nés respectivement en 1979, 1988 et 2002.

2. Dès le 1er septembre 1986, elle a travaillé, malgré son absence de formation professionnelle, en qualité d'employée de restaurant auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Son salaire annuel brut en 1999 a été de 68'351 fr. pour un travail à plein temps, soit de 40 heures hebdomadaire. Au 1er janvier 2001, il aurait été de 5'052 fr. 10 brut par mois.

3. Dès 1999, elle dit avoir ressenti des douleurs de la région cervicale, irradiant vers l'occiput, entraînant des maux de tête importants. Elle a cessé son activité professionnelle le 12 janvier 2000 pour la reprendre à 30% le 26 juin 2000, ce qui correspondait à une activité de deux heures trente minutes de travail par jour, puis a cessé toute activité dès le 28 août 2000.

4. Le 6 décembre 1999, le Dr A_____ a procédé à des examens du thorax et de la colonne cervicale de l'assurée. Il a déclaré l'image thoracique normale. Concernant la colonne cervicale, il a relevé une attitude scoliotique gauche et effacement de la lordose, des discopathies débutantes C3-C4, C4-C5 et C5-C6 avec pincements discaux et ostéophytose marginale antérieure et une discrète uncarthrose C3-C4 et C4-C5 bilatérale se répercutant à peine sur les trous de conjugaison. Il a déclaré les rapports de la charnière cervico-occipitale normaux.

5. A la demande du médecin traitant de l'assurée, la Dresse Christiane SANCHEZ-MENEGAY, le 22 décembre 1999, le Dr Miguel ESTADE, spécialiste FMH en neurologie, procédait à un bilan neurologique et à un examen electroneuromyographique (ENMG). Il concluait à l'existence de deux problèmes, l'un consistant en cervicalgies sans radiculopathie en rapport avec des troubles statiques de la colonne cervicale, l'autre étant un syndrome du canal carpien bilatéral prédominant à droite responsable d'acroparesthésies nocturnes. Il précisait qu'un traitement conservateur devait suffire vu le degré de l'atteinte, la neuropathie étant discrète.

6. A la demande du médecin traitant de l'assurée, le 23 mars 2000, le Dr Stelios ELIADES a procédé à un examen par résonnance magnétique de la colonne cervicale de l'assurée. Il a conclu à la présence d'une protusion discale postéro-médiane et postéro-latérale gauche au niveau C4-C5. La moelle épinière est homogène et de calibre normal.

7. Le 11 avril 2000, l'assurée a été opérée du canal carpien droit par le Dr Pierre-Olivier K_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main.

8. Le 16 juin 2000, le Dr Bertrand J_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, écrivait à la Dresse C. B_____ qui lui avait adressé l'assurée. Il diagnostiquait une fibromyalgie. Il exposait que cette maladie était probablement le résultat du grand stress psychologique subi vu la situation personnelle et familiale complexe de l'assurée. Il concluait que la douleur ne partirait que lorsque ses problèmes seraient réglés et surtout que ses peurs disparaîtraient. Il préconisait des séances de physiothérapie dans l'eau, pour que l'assurée se détende, et une prise en charge psychiatrique.

9. Le 3 juillet 2000, le Dr C_____, spécialiste FMH en médecine interne, adressait un rapport aux HUG en sa qualité de médecin conseil de cet employeur. Il considérait la prescription du médecin traitant de l'assurée justifiée en tant qu'elle réduisait le taux d'activité à 30%. Il estimait que l'assurée parviendrait à augmenter sa capacité de travail à 70-75% au moins en fin d'année.

10. Le 6 décembre 2000, le Dr D_____, spécialiste FMH en médecine interne et gastroentérologie, a établi un rapport concernant l'état de santé de l'assurée suite à une oeso-gastroduodénoscopie du même jour. Il a conclu que l'œsophage, l'estomac et le bulbe étaient normaux et a notamment fait le commentaire suivant : « l'examen n'apporte d'explication ni aux occasionnelles épigastralgies ni à l'anémie qui est donc probablement d'origine gynécologique. »

11. Le 20 décembre 2000, l'assurée a rempli une formule de demande de prestations pour adultes auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI). Elle a précisé que l'atteinte à sa santé datait d'octobre 1999.

12. Le Dr H_____, spécialiste FMH, a traité l'assurée du 22 au 30 mars 2000, date à laquelle il ne l'a plus revue. Il a diagnostiqué des cervicalgies chroniques et un état dépressif larvé existant depuis novembre 1999.

13. Le 8 mars 2001, la Dresse B_____, médecin-traitant de l'assurée depuis le 13 décembre 1999, complétait un rapport médical selon lequel ses diagnostics étaient : discopathies cervicales, statut post canal carpien opérés, fibromyalgie, état dépressif anxieux. Son pronostic était réservé. L'annexe concernant la réinsertion professionnelle précisait que l'incapacité de travail était totale et qu'aucune activité ne pouvait être exigée de l'assurée, la position assise étant insupportable et le port de charges exclu. Enfin, le rapport médical concernant les capacités professionnelles a été complété suite à un examen du même jour, le 8 mars 2001. Il précisait que les positions assise et debout ne pouvaient durer plus d'une heure chacune avec la colonne cervicale droite ; que les positions à genoux, inclinée du buste, accroupie ou baissée étaient exclues ; qu'un parcours à pied ne pouvait excéder 100 mètres, les déplacements sur sol irréguliers ou en pente étant exclus ; que les deux bras étaient inutilisables, qu'aucun port de charge n'était possible, qu'aucun mouvement des membres ou du dos n'était possible, qu'un travail

irrégulier/nuit/matin/en hauteur/sur une échelle était exclu. En revanche, le comportement était acceptable pour l'entourage et le fonctionnement intellectuel normal. Ce médecin ajoutait que le froid devait être évité. Concernant la motivation pour la reprise d'une activité ou un reclassement, il l'estimait partielle et vu l'état de santé, il considérait l'absentéisme comme prévisible.

14. Le 23 mai 2002, le Dr F_____, du département de psychiatrie de la clinique de psychiatrie adulte, consultation Jonction, a écrit à l'OCAI en ces termes «…il n'y a pas de raison psychiatrique pour une demande d'AI en ce moment. »

15. Le 22 janvier 2003, le service médical régional AI, SMR Léman, a, en la personne des Drs G_____ et I_____, procédé à un examen clinique bidisciplinaire, soit rhumatologique et psychiatrique, de l'assurée. Le rapport ainsi établi reprenait en détails l'anamnèse familiale, les antécédents personnels généraux, l'anamnèse professionnelle, l'anamnèse actuelle générale, l'anamnèse par système, le tabac, les médicaments, la vie quotidienne, l'anamnèse psychosociale et psychiatrique avant de poser le status psychiatrique, et de faire état du dossier radiologique auquel succédait le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant (F 45.4), discrets troubles dégénératifs cervicaux étagés, traits de personnalité dépendante et abandonnique. Suivait une appréciation consensuelle du cas selon laquelle, notamment, il n'y avait pas de limitation de la capacité de travail à retenir, pour des raisons exclusivement ostéoarticulaires – biomécaniques dans son ancienne activité d'employée de cafétéria. Une capacité de travail exigible de 100% était retenue dans toutes les activités, vu l'absence de limitation fonctionnelle objective tant somatique que psychiatrique.

16. Le 24 février 2003, un rapport d'examen a été établi par la Dresse Sylvie MUNSCH du SMR Léman. Après un bref rappel des faits concernant l'assurée, il a repris les conclusions principales de l'expertise bidisciplinaire précitée et s'est achevé par le constat d'absence de lien de causalité entre l'incapacité de travail attestée par le médecin traitant et une quelconque atteinte à la santé au sens de l'AI. Ce rapport soulignait que d'autres facteurs intervenaient (situation sociale, facteur socioculturel, …) dont l'AI n'avait pas à répondre.

17. Le 25 mars 2003, l'OCAI a notifié une décision de refus d'octroi de prestations aux motifs qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé psychique justifiant une rente, que le trouble somatoforme douloureux dont souffrait l'assurée était sans limitation fonctionnelle d'un point de vue ortéoarticulaire et biomécanique, qu'il y avait une discordance nette entre les plaintes de la patiente et les constatations cliniques objectives, et que les facteurs socio-culturels (linguistiques ou d'intégration) voire les problèmes familiaux n'avaient pas valeur d'invalidité. Enfin, l'OCAI a rappelé que l'assurée avait le devoir de tout mettre en œuvre pour réduire son dommage, fut-ce au prix d'un effort considérable.

18. Le 22 juillet 2003, l'OCAI a notifié à l'assurée une décision sur opposition, confirmant sa décision du 25 mars 2003, celle-ci l'a reçue le 25 juillet 2003.

19. Par acte daté du 9 septembre 2003, reçu au greffe du Tribunal de céans le 10 septembre 2003, l'assurée a formé recours. Elle conteste notamment le fait que, selon elle, la décision de l'OCAI se fonde uniquement sur le rapport du SMR Léman sans tenir compte des rapports médicaux de son médecin traitant et d'autres spécialistes consultés. Elle ne tient en conséquence pas compte de l'ensemble de son état de santé déficient. L'assurée souligne que l'OCAI n'a pas procédé à une comparaison des gains et a refusé à tort la rente entière d'invalidité demandée. Elle conclut à l'annulation de la décision de l'OCAI.

20. Le 1er octobre 2003, l'OCAI s'est déterminé sur le recours. Il a conclu à son rejet au motif qu'aucune maladie invalidante n'a pu être reconnue par les experts consultés.

21. Le 10 novembre 2003, le Dr J_____ informait le Conseil de l'assurée que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis la première consultation en juin 2000 et qu'il s'était même péjoré d'un point de vue psychiatrique. Il notait que la patiente était actuellement déprimée, que les traitements médicamenteux et de physiothérapie n'avaient que peu d'effets. Il évaluait la capacité de travail nulle et soulignait l'impossibilité d'envisager un recyclage professionnel à « la vue de l'atteinte physique, psychique ». Il annexait à son courrier sa lettre du 16 juin 2000 à la Dresse B_____ dont il précisait que « les termes et le diagnostic restent actuels » puis il ajoutait « qu'aucun changement significatif n'est intervenu entre-temps ».

22. Dans une écriture complémentaire du 14 novembre 2003, l'assurée concluait à ce qu'une expertise psychiatrique judiciaire soit ordonnée au vu des conclusions du Dr J_____ du 10 novembre 2003.

23. Le 14 janvier 2004, l'OCAI dupliquait. Il soutenait qu'aucune expertise psychiatrique n'était nécessaire dans ce dossier, le SMR s'étant clairement prononcé sur cet aspect dans son rapport d'examen bidisciplinaire du 22 janvier 2003. En conséquence, l'OCAI s'opposait à une nouvelle expertise. Il maintenait son préavis du 1er octobre 2003 selon lequel la capacité de travail exigible de la recourante était complète en l'absence de limitation fonctionnelle tant somatique que psychiatrique.

24. Les pièces ont été communiquées aux parties et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ ; E 2 05) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : TCAS), notamment dans les contestations relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (ci-après : LAI), ce conformément aux art. 1 let. r et 56V, al. 1 let. a, chiffre 2 LOJ.

2. Le domicile de l'assurée étant sis sur le Canton de Genève, selon les art. 57 et 58 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (ci-après : LPGA), du 6 octobre 2000, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, le TCAS est compétent pour statuer, en instance unique.

3. La LPGA et son ordonnance (OPGA, RS 830.11) du 11 septembre 2002 entrées en vigueur le 1er janvier 2003, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions dans le domaine de l'assurance-invalidité. Il est régi par la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003 eu égard au 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 166 consid. 4b, 121 V 386, consid. 1 b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA). Par ailleurs, le Tribunal fédéral des assurances a jugé que les dispositions 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 qu'il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (cf. arrêt A. du 30 avril 2004, I 626/02, consid. 3.1 - 3.3).

4. Déposé dans la forme prévue par la loi dans la mesure où il contient un exposé des faits et des motifs invoqués ainsi que des conclusions, et déposé le 9 septembre 2003, contre une décision sur opposition notifiée par l'OCAI à l'assurée, par lettre signature (LSI) du 22 juillet 2003, soit dans le délai de 30 jours, suspendu pendant les féries judiciaires, soit selon l'art. 38 al. 4 lettre b. LPGA, du 15 juillet au 15 août inclusivement, le recours est recevable (art. 56 ss notamment 60 et 61 a LPGA et 69 al. 1 LAI).

5. Le litige porte sur la question de savoir si la décision sur opposition de l'OCAI qui refuse l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, sous forme d'une rente, à l'assurée, au motif qu'elle n'aurait pas une maladie invalidante selon les rapports médicaux versés au dossier est bien fondée, ce que la recourante conteste.

6. Selon les art. 8 al. 1 LPGA et 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 une notion économique et non médicale. Il résulte de ce qui précède que l'invalidité au sens de cette disposition exige que

deux éléments l'un économique, le second médical soient réunis par un lien de causalité. La diminution de la capacité de gain doit résulter d'une atteinte à la santé ; cette dernière devant pour sa part, qu'elle soit physique ou mentale, provenir d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI - et de l'art. 8 al. 1 LPGA - on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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 I 531/03 du 30 juin 2004 ; ATF 127 V 298 consid. 4c in fine ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

En principe, le juge ne s'écarte 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. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une 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 (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). En ce qui concerne, par ailleurs, 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).

Dans le cas d'espèce plusieurs médecins ont été consultés avant qu'un rapport d'examen clinique bidisciplinaire soit établi par le SMR le 22 janvier 2003.

Comme le relève la recourante, le Dr J_____ a confirmé en novembre 2003 ses conclusions du 16 juin 2000. Il a précisé que son diagnostic de 2000 restait

actuel. Or, celui-ci posait déjà celui de fibromyalgie et relevait les problèmes psycho-sociaux rencontrés par la patiente et sa situation personnelle et familiale complexe.

Contrairement aux affirmations de la recourante, les médecins consultés à divers titres ont, chacun dans sa spécialité, rendu un avis médical dont il a été tenu compte lors de l'examen du SMR. En effet, les conclusions du Dr B. SARBACH figurent dans les observations de la rubrique relative au dossier radiologique du rapport du SMR du 22 janvier 2003 ; celles du Dr M. ESTADE sont rappelées, comme datant de décembre 1999, dans l'anamnèse actuelle générale ; celles du Dr K_____ figurent parmi les antécédents personnels généraux et que celles des Drs B_____ et F_____ sont prises en considération dans l'appréciation consensuelle du cas.

Pour leur part, les conclusions du médecin traitant, la Dresse B_____, des Drs H_____ et F_____ sont reprises dans le rapport d'examen subséquent établi le 24 février 2003, par le SMR Léman. Ce rapport conclut, après analyse des rapports médicaux au dossier et après consultation et examen de l'assurée, à l'absence de limitation de la capacité de travail dans l'activité d'employée de cafétéria. Il met en évidence une discordance entre l'intensité extrême des plaintes alléguées et les constatations objectives qui sont modérées. Il observe que l'assurée souffre d'un trouble douloureux somatoforme persistant greffé sur des traits de personnalité dépendante et abandonnique.

Le psychiatre qui suit l'assurée a conclu à l'inexistence d'une pathologie psychiatrique justifiant une demande d'AI.

En l'espèce, il n'existe aucun motif de s'écarter de l'expertise du SMR qui a pris en compte l'ensemble des avis médicaux, examiné la patiente, rendu une expertise qui analyse tous les aspects pertinents. Elle réalise ainsi les conditions susdécrites et a, de ce fait, force probante.

Certes, le médecin traitant relève de nombreuses limitations fonctionnelles, mais il n'en tire pas de conséquence sur la capacité de travail. On peut également relever le relatif jeune âge de la recourante.

Dès lors qu'il n'y a pas d'atteinte à la santé justifiant une incapacité de travailler, il n'y a pas nécessité d'analyser une éventuelle perte de gain. Le recours est mal fondé.

7. La procédure est gratuite (art. 61 a LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

(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 en conséquence la décision sur opposition de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE du 22 juillet 2003 en tant qu'elle refuse l'octroi de prestations de l'assurance invalidité à l'assurée ;

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 Juge suppléante :
Janine BOFFI	Nicole DOURNOW

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