

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1683/2002

ATAS/270/2003

**ARRÊT**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**du 26 novembre 2003**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

**Madame R** \_\_\_\_\_, représentée par Me Olivier WASMER, Grand-Rue 8, 1204 –  
G E N E V E, RECOURANTE

contre

**OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE**, 97, rue de Lyon, Case  
postale 425, 1211 – G E N E V E 13, INTIME

**Siégeant :** Juliana BALDE, Présidente, M. et Mme R. LOZERON et F. BRUTSCH,  
juges assesseurs

---

### **EN FAIT**

Madame R\_\_\_\_\_, de nationalité portugaise, est arrivée en Suisse en 1992 pour exercer son métier de femme de ménage à plein temps.

Le 10 novembre 1997, l'assurée a ressenti une importante douleur lombaire en soulevant un meuble, qui a été suivie par une chute sur les fesses avec incapacité de bouger à cause de douleurs au dos.

L'hospitalisation a duré 24 heures pour surveillance, une reprise du travail étant prescrite pour le 15 novembre 1997.

Dans son rapport médical à l'attention de l'assurance-accidents LA FRIBOURGEOISE, la Dresse A\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une lombosciatalgie aiguë et fixé l'incapacité de travail à 100% dès le 10 novembre 1997 pour une durée indéterminée.

Le 5 mars 1998, le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH-Méd. Interne Aff. rhumatismales a indiqué à LA FRIBOURGEOISE que les douleurs persistaient et que la patiente était toujours incapable de reprendre le travail.

Sur mandat de LA FRIBOURGEOISE, le Dr C\_\_\_\_\_ a procédé à une expertise de l'assurée.

Dans son rapport du 14 juillet 1998, il a retenu qu'il existait une discrépance entre les plaintes de la patiente qui sont déclarées comme très importantes, alors que l'examen clinique n'avait pas permis de mettre en évidence des signes tout à fait nets expliquant les douleurs.

En date du 16 novembre 1998, l'assurée a déposé auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) une demande de prestations AI pour adultes dans le but d'obtenir une rente.

L'assurée a accouché le 22 novembre 1998 à l'Hôpital Cantonal de Genève.

Dans un rapport intermédiaire du médecin du 14 juillet 1999, le Dr B\_\_\_\_\_ a fixé l'incapacité de travail à 100% dès le 10 novembre 1997.

Il a relevé une situation catastrophique avec dorso-lombalgie exacerbée sous forme de blocages dorsaux survenant au moindre effort, cela dans contexte difficile (conflit avec l'employeur, perte d'emploi, chômage du mari, grossesse non désirée).

Cela a été confirmé dans un nouveau rapport du 26 octobre 1999, dans lequel le Dr B\_\_\_\_\_ indiquait que sa patiente était incapable de s'occuper de sa fillette et d'entretenir son ménage, tout en précisant que le status neurologique ne montrait pas de signe d'irritation radiculaire, pas de déficit moteur ni sensitif.

A la demande de l'OCAI, le Centre d'observation médicale de l'AI de Lausanne (ci-après : COMAI) a rendu le 29 juin 2001 un rapport d'expertise médicale, suite aux consultations des 3, 4 et 11 avril 2001.

Il ressortait de la consultation de rhumatologie que la patiente était limitée à 40% dans les activités lourdes, mais qu'une activité adaptée serait réalisable sur un plan rhumatologique.

La consultation de psychiatrie a estimé qu'il était légitime de reconnaître une incapacité de travail dont la part psychiatrique pouvait compter pour 50%, mais que cette incapacité serait fixée lors du colloque multidisciplinaire.

A l'issue du colloque de synthèse, la capacité de travail résiduelle a été fixée à 50%, même dans l'activité de nettoyeuse. Elle ne pouvait être améliorée par des mesures médicales et restera inchangée à l'avenir.

Selon les experts, du point de vue physique seul, la capacité de travail dans une activité adaptée pourrait être totale.

Dans une note du 17 juillet 2001, le Dr CLAIVAZ, médecin-conseil de l'OCAI, a relevé que, s'agissant d'un syndrome somatoforme douloureux, il n'avait pas valeur d'invalidité dans le cas d'espèce, de sorte qu'il ne fallait retenir que l'atteinte physique ayant pour effet une incapacité de travail de 40% dans son métier.

Le 3 octobre 2001, l'OCAI a fait parvenir à l'assurée un projet de refus de rente.

Par courrier du 26 novembre 2001, Me Olivier WASMER, nouvellement constitué, s'est opposé à cette décision et a sollicité l'octroi d'une rente, joignant un courrier du Dr B\_\_\_\_\_, lequel précisait qu'il estimait que la patiente était incapable de travailler à 100% parce qu'elle ne cessait de lui répéter qu'elle était incapable de faire quoi que ce soit dans sa vie quotidienne.

Consulté à nouveau, le Dr CLAIVAZ de l'OCAI a confirmé sa position le 3 décembre 2001 en ce sens qu'il n'y avait pas lieu de s'éloigner de l'expertise du COMAI à la lecture du certificat du Dr B\_\_\_\_\_.

Par décision du 25 janvier 2002, l'OCAI a fixé le degré de l'invalidité à 28% et rejeté en conséquence la demande de prestations de l'assurée.

---

Par acte du 27 février 2002, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OCAI concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 1998.

Dans son préavis du 30 avril 2002, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Les parties ont persisté dans leurs conclusions par courriers des 14 juin et 8 juillet 2002, sur quoi le Tribunal a gardé la cause à juger.

## **EN DROIT**

### Préalablement :

1. La Loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 a été modifiée et un Tribunal cantonal des assurances sociales a été institué dès le 1<sup>er</sup> août 2003 (cf. article 1 lettre r LOJ - E 2 05). Conformément à l'article 3 alinéa 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 du présent litige.
2. 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<sup>er</sup> 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.

### De la recevabilité :

Déposé dans les formes et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable à la forme, en vertu des articles 69 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (ci-après : LAI ; RS 831.20), dans son ancienne teneur et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (ci-après LAVS ; RS 831.10).

### Au fond :

1. Selon l'article 4 alinéa 1<sup>er</sup> LAI, l'invalidité au sens de la présente loi est la diminution de la capacité de gain, présumée 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'article 28 alinéa 1<sup>er</sup> 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  $66 \frac{2}{3}\%$  au moins, elle est d'une demie pour une invalidité de 50% au moins et d'un quart pour une invalidité de 40% au moins.

Selon l'alinéa 2 du même article, 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.

En l'espèce, la recourante conteste le taux d'invalidité de 28% retenu par l'OCAI et soutient être invalide à 50%, au vu des avis émis par les médecins.

2. Avant d'examiner le degré d'invalidité de la recourante, ainsi que son éventuel droit à une rente, il convient d'examiner la question des mesures de réadaptation auxquelles celle-ci pourrait avoir droit.

Dans le cas de cette patiente, les professionnels consultés (médecins, psychologues) sont unanimes sur le fait qu'elles n'auraient aucun effet, de sorte que l'examen du droit à une rente ordinaire peut être effectué.

3. S'agissant du taux d'invalidité, il y a lieu de souligner tout d'abord qu'il ne correspond pas forcément à l'incapacité de travail retenue par les médecins (Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité - CIIAI, n° 3004), ainsi que le soutenait la recourante à l'origine.

Dans le cas qui nous occupe, la méthode générale de comparaison des revenus pourra être utilisée, s'agissant d'une assurée ayant dû interrompre ou cesser son activité lucrative pour cause de maladie ou d'accident et qui, sans handicap, continuerait à exercer une activité lucrative (CIIAI, n° 3009), ainsi qu'elle l'a déclaré dans le questionnaire servant à déterminer son statut.

4. Le risque couvert par l'assurance-invalidité et donnant droit à des prestations est basé sur des faits médicaux. Pour juger des questions juridiques qui se posent, les organismes d'assurance et les juges des assurances sociales doivent se baser sur des documents qui sont établis essentiellement par des médecins (ATF 122 V 158).

Dans l'assurance-invalidité, il est possible de fixer les faits médicaux déterminants sur le plan juridique en recourant aux rapports demandés par

l'office AI aux médecins traitants, aux expertises de spécialistes extérieurs et aux examens pratiqués par les centres d'observation créés à cet effet (art. 69 al 2 et 72 bis du Règlement sur l'assurance-invalidité [ci après : RAI – RS 831.201] ; ATFA du 31 juillet 1997, pratique VSI 1997, page 318).

5. En l'espèce, au mois de mars 1998, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il s'était inquiété de l'absence de résultats des nombreux traitements prescrits et par la persistance d'une situation clinique dramatique, de sorte que de nouvelles investigations avaient été entreprises.

Ces nouveaux examens n'avaient pas montré de signe inflammatoire, ni aucun signe de souffrance neurologique, sur quoi ce médecin constatait que la patiente était toujours incapable de reprendre son travail.

Dans son expertise du 14 juillet 1998, le Dr C\_\_\_\_\_ a également constaté que l'état clinique actuel n'avait pas de correspondance évidente avec les plaintes subjectives.

Il constatait également que, subjectivement, la patiente n'était pas apte à la reprise du travail de femme de ménage, bien qu'il ne lui soit pas possible de mettre en évidence des signes objectifs nets expliquant les douleurs.

L'état de l'assurée est resté stationnaire par la suite, de sorte que l'OCAI a décidé de procéder à une expertise multidisciplinaire sur sa personne.

Comme on l'a vu ci dessus, à l'issue du colloque de synthèse, le COMAI a fixé la capacité de travail résiduelle de l'assurée à 50%, même dans l'activité de nettoyeuse, en précisant qu'elle resterait inchangée à l'avenir.

Les experts précisait que du point de vue physique seul, la capacité de travail dans une activité adaptée pourrait être totale, mais qu'il existait une dysthymie, soit des troubles psychologiques à prendre en compte dans la détermination de l'incapacité de travail.

Le pronostic quant à la reprise dans les faits d'une activité professionnelle à un taux supérieur à 50% restait réservé.

6. Le droit fédéral ne fixe aucune prescription sur la manière d'apprécier les moyens de preuve, le principe de la libre appréciation des preuves s'appliquant en matière de procédure administrative.

Selon la jurisprudence, 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 118 V 290 consid. 1b; ATF 112 V 32 sv. et les références).

L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c). c. En ce qui concerne, par ailleurs, 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 consid. 1c et les références). A ce titre, Meine (L'expertise médicale en Suisse: satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles? in RSA 1999 p. 37 ss) souligne que l'expertise doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées. Dans le même sens, Bühler (Erwartungen des Richters an den Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567 ss) expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (Pratique VSI 3/2000, p. 152 et les références citées).

7. Dans le cas qui nous occupe, le COMAI a procédé sur trois jours à un examen complet et minutieux de l'état de santé de l'assurée. Pour ce faire, les médecins se sont appuyés sur l'entier du dossier, notamment les certificats médicaux des médecins ayant examiné la patiente auparavant, de sorte qu'on ne peut que constater que ce rapport se base sur un dossier bien étayé.

Une anamnèse complète a été réalisée et la patiente a été entendue plusieurs fois par les experts, notamment spécialistes en rhumatologie et psychiatrie. Le rapport est circonstancié sur 21 pages et les conclusions auxquelles parviennent les médecins à l'issue de leur séance de décision multidisciplinaire sont claires et unanimes.

Au regard de l'ensemble des avis médicaux versés au dossier, il apparaît que la recourante ne souffre pas d'une atteinte à la santé physique de nature à entraîner, à elle seule, une diminution de la capacité de gain présumée permanente ou de longue durée.

8. D'après une jurisprudence récente rendue par le Tribunal fédéral dans un cas similaire, il est erroné d'affirmer comme le fait l'OCAI que seuls des troubles somatoformes douloureux liés à une comorbidité psychiatrique grave seraient susceptibles de fonder une invalidité au sens de la LAI. Une telle comorbidité constitue tout au plus l'un des critères, certes important, à prendre en considération dans le cadre d'une évaluation globale de la situation médicale de l'assurée. Aussi, ne saurait-on s'écarter des conclusions des experts du COMAI au seul motif que leur rapport ne fait pas état d'une comorbidité psychiatrique grave (ATF du 20 mars 2003 I/182/02).

Cela étant, il n'en demeure pas moins qu'il faut examiner si l'expertise contient suffisamment d'éléments pertinents au plan psychiatrique pour que l'on puisse se convaincre, dans le cas particulier, que l'intéressée n'est pas en mesure de reprendre pleinement une activité lucrative.

9. En l'espèce, le Dr D. \_\_\_\_\_, qui a réalisé l'expertise psychiatrique, a relevé une dysthymie, mais souligné qu'il n'y avait pas d'idéation suicidaire, ni d'autres signes de la lignée dépressive. Il n'y avait pas non plus de troubles formels de la pensée, ni de signes de décompensation psychotique au sens d'une idéation délirante ou de troubles perceptifs. L'examen ne mettait pas en évidence de trouble de la personnalité.

Au bénéfice de ce qui précède et après une lecture attentive du rapport du COMAI, il apparaît, tout comme dans le cas traité par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 20 mars 2003 (I/182/02), que l'expertise en cause ne contient pas suffisamment d'éléments susceptibles de fonder une invalidité au sens de la LAI.

En effet, les résultats de l'expertise de l'assurée au plan psychiatrique ne permettent pas de se convaincre, dans le cas particulier, que celle-ci n'est pas en mesure de reprendre pleinement une activité lucrative. L'office AI était dès lors fondé à s'écarter des conclusions des experts quant à l'évaluation de la capacité de travail sur le plan psychique.

En conséquence, ainsi que l'a fait l'OCAI, le degré d'invalidité ne doit être examiné que sur la base de l'atteinte physique, laquelle a été fixée par les médecins du COMAI à 40% dans la profession de nettoyeuse avec activité lourde et totale dans une activité adaptée.

L'OCAI ayant retenu une capacité à plein temps dans un poste léger, il se conforme aux conclusions du COMAI et à la jurisprudence du Tribunal fédéral évoquée ci-dessus.

- 10 Un certain nombre d'emplois restent accessibles à la recourante, même sans formation professionnelle particulière. Dans la mesure où elle n'a pas repris d'activité lucrative, le revenu qu'elle pourrait réaliser dans un emploi adapté à son état de santé peut être évalué en se référant au salaire mensuel brut (valeur médiane) ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2000, publiée par l'Office fédéral des assurances sociales, pour les femmes effectuant une activité simple et répétitive (niveau de qualification 4) dans les secteurs de la production et des services, en 2000 (cf. ATF 126 V 76 sv. consid. 3b/bb). Ces secteurs offrent en effet un éventail suffisamment varié d'activités non qualifiées pour qu'un certain nombre d'entre elles soit accessibles à la recourante.

Après avoir procédé aux adaptations nécessaires, afin de tenir compte de la durée de travail hebdomadaire usuelle cette année-là (41,8 heures, tous secteurs confondus) et de l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2001 (2,5 %, tous secteurs confondus; La Vie économique 12/2002, p. 89), on obtient un revenu de CHF 3'888.- par mois, soit CHF 46'656.- par an, alors que le gain réalisé avant la survenance de l'invalidité était de CHF 58'400.- par an, soit une invalidité de 20%.

Le montant retenu par l'OCAI, soit CHF 42'250.- peut dès lors être considéré comme relativement bas, en regard de ce qui précède.

S'agissant du salaire retenu pour la recourante, il n'est pas critiquable non plus.

Le degré d'invalidité de la recourante auquel on parvient à l'issue de ces calculs ne saurait donc en aucun cas excéder le taux de 28% retenu par l'OCAI, de sorte que la décision entreprise sera confirmée et le recours rejeté.

\* \* \*

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable ;

**Au fond :**

2. Le rejette ;
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 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

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

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