RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1703/2003 **ATAS/539/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

4ème chambre

du 7 juillet 2004

En la cause

Madame C_____, représentée par le Dr C_____ recourante

contre

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

Siégeant : Madame Juliana BALDE, Présidente, Mesdames Karine STECK et Doris WANGELER, juges.

EN FAIT

1. Madame C_____, née le octobre 1951 à l'Ile Maurice, divorcée, mère de jumelles aujourd'hui majeures, est en Suisse depuis 1981. Sans formation, l'intéressée a exercé diverses activités lucratives à temps partiel ; manœuvre à la X_____ pendant trois mois, caissière à la Y_____, aide-ménagère dans un EMS, maman de jour, puis animatrice parascolaire, d'abord à 50 % environ, puis à raison de 2 h 31 par jour, 4 jours par semaine, depuis 1994, pour des raisons médicales.

2. L'intéressée a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance invalidité le 11 avril 2002, sollicitant l'octroi d'une rente. Elle a indiqué souffrir d'une fibromyalgie.

3. Dans un rapport médical adressé à l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après l'OCAI) le 26 avril 2002, la Doctoresse A_____, psychiatre, a posé les diagnostics de dépression et fibromyalgie. L'atteinte à la santé existait depuis décembre 1997, date de l'incapacité de travail de 100 %.

4. Répondant au questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, la Dresse A_____ a indiqué que sa patiente souffrait de dépression depuis décembre 1997 : difficultés de concentration, fatigue, insomnie, oublis et pleurs. Elle ne présentait pas de trouble de la personnalité et des particularités comportementales de nature sociale, culturelle, familiale ou liée à l'émigration ne jouent pas de rôle dans l'affection actuelle. En revanche, la patiente avait beaucoup de souci avec l'une de ses filles, mère célibataire d'un enfant né en 1999 qu'elle a laissé à l'assurée, qui en a la garde. La Doctoresse a relaté le vécu difficile de la patiente avec son ex-mari, ressortissant suisse, qui lui avait caché son passé judiciaire et qui l'avait quittée en 1980, alors que les jumelles avaient à peine six mois. Elle a vu l'assurée dès mars 2002, alors qu'elle était au bord du crac. L'incapacité de travail persistante est de 100 %.

5. Le Docteur Maurice C_____, médecin traitant, généraliste, a posé le diagnostic de fibromyalgie et indiqué que l'assurée était en incapacité de travail à 100 % depuis le 16 février 1998. Selon ce médecin, l'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible et la capacité de travail ne pouvait pas être améliorée.

6. L'OCAI a demandé au Service médical régional AI SMR LEMAN d'effectuer un examen psychiatrique de l'assurée. Dans son rapport du 6 mars 2003, la psychiatre du SMR LEMAN, la Doctoresse B_____ relève n'avoir pas objectivé de symptômes de la lignée psychotique, tels que délires, hallucinations ou troubles de la pensée en faveur d'un diagnostic de décompensation psychotique. L'expertisée ne verbalise pas d'idées suicidaires et ne présente pas de trouble de la personnalité morbide. En dehors d'une très légère tristesse, le status psychiatrique est dans les

limites de la norme. Le diagnostic posé est celui de fibromyalgie avec humeur dépressive. La capacité de travail exigible sur le plan psychiatrique est de 100 %.

7. Le Dr C_____, rhumatologue, a établi un rapport médical à l'attention de l'OCAI le 17 mars 2003. Il a confirmé le diagnostic de fibromyalgie et indiqué que dans l'activité d'animatrice parascolaire, l'assurée présentait une capacité raisonnablement exigible de 25 %.

8. Par décision du 27 mai 2003, l'OCAI a refusé à l'intéressée l'octroi d'une rente, motif pris qu'elle ne présentait pas une atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance invalidité.

9. Agissant pour le compte de sa patiente, le Docteur C_____ a formé opposition en date du 25 juin 2003. Il a rappelé que l'assuré souffrait d'une fibromyalgie depuis 1998 et qu'elle se trouvait dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle ainsi que ses travaux ménagers usuels.

10. L'OCAI a rejeté l'opposition le 12 août 2003, se référant aux conclusions de l'examen psychiatrique du SMR LEMAN.

11. Représentée par le Dr C_____, l'assurée a interjeté recours le 10 septembre 2003. Elle mentionnait qu'elle allait être hospitalisée et qu'elle communiquerait tout renseignement complémentaire dès réception du rapport hospitalier.

12. Dans son préavis du 10 octobre 2003, l'OCAI a conclu au rejet du recours, se déC_____ nt prêt toutefois à examiner les documents promis par le médecin traitant de l'assurée.

13. Le 7 novembre 2003, le Dr C_____ a remis au Tribunal copie du rapport d'hospitalisation de l'assurée dans le service de rhumatologie de l'établissement hospitalier. Les diagnostics de troubles somatoformes douloureux persistants et d'état dépressif ont été posés.

14. Sur requête du Tribunal de céans, la recourante a communiqué copie du rapport de consultation psychiatrique établi par l'Unité de psychiatrie de Liaison de l'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER le 24 septembre 2004. Le 10 février 2004, la Dresse A_____ a fait parvenir au Tribunal un rapport signalant une aggravation de l'état de santé de sa patiente.

15. Dans ses dernières écritures, l'OCAI conclut au rejet du recours, relevant que les conclusions de l'Unité de psychiatrie de liaison, - trouble somatoforme douloureux et épisode dépressif moyen avec syndrome somatique - sont discutables au vu des éléments de l'anamnèse et qu'en tout état de cause, il s'agirait d'un élément nouveau, survenu postérieurement à l'examen du SMR LEMAN.

EN DROIT

1. a) La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 1 let. r LOJ).

   Dans un arrêt du 30 mars 2004, cependant, le Tribunal administratif (ci-après TA) a constaté d'office la nullité de l'art. 1 let. r LOJ, considérant que le TCAS avait été créé en violation de l'art. 131 de la Constitution genevoise - Cst GE -.

   b) Force est de constater que cette conclusion ne saurait lier le tribunal de céans, aux motifs suivants :

   - elle ne figure pas dans le dispositif de l'arrêt. Or, seul le dispositif d'un jugement peut acquérir l'autorité de la chose jugée, et non ses motifs. L'autorité de la chose jugée ne s'étend à ceux-ci que dans la mesure où le dispositif y renvoie expressément et où ils se rapportent à la question litigieuse (ATF 96 I 295 ; Knapp, Précis de droit administratif, 4ème édition, 1991, p. 248 ss ; Habscheid, droit judiciaire privé suisse, 1981 p. 313 et ss.).

   - l'autorité de la chose jugée ne vaut quoi qu'il en soit que pour les moyens que le tribunal pouvait examiner (cf. Knapp, op. cit. p. 251). Or, il apparaît en l'espèce douteux que le TA devait, et même pouvait, à l'occasion d'un recours interjeté pour violation des droits politiques contre un arrêté du Conseil d'Etat fixant la date de l'élection des juges assesseurs au TCAS, contrôler la constitutionnalité de la loi instituant cette juridiction.

   - une loi inconstitutionnelle ne saurait être déclarée nulle. Seul, l'acte pris en application de celle-ci est annulable (cf. Jean-François Aubert, Bundesstaatsrecht der Schweiz, vol. I, 1991, p. 178, note 430). Il convient au surplus de relever qu'un tribunal se doit en règle générale d'agir avec retenue, plus particulièrement lorsque les conséquences de l'annulation bouleverseraient tout un régime juridique (ATF 112 Ia 313). Tel est manifestement le cas ici, dès lors que le considérant topique de l'arrêt du TA revient à nier l'existence d'une juridiction qui fonctionne depuis le 1er août 2003 déjà, et dont les juges titulaires, ainsi que les juges suppléants, ont été régulièrement élus.

   c) Le TCAS examine d'office sa compétence ; vu l'arrêt du TA du 30 mars 2004 niant jusqu'à son existence, il a également à vérifier la conformité à l'art. 131 Cst GE de la loi l'instituant.

   Le TCAS est une juridiction administrative spéciale, en ce sens qu'elle traite du domaine particulier des assurances sociales. Il y a lieu de rappeler que selon l'art. 57 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales -LPGA-, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, chaque canton institue un tribunal des

assurances, qui statue en instance unique sur les recours dans le domaine des assurances sociales. Cette disposition légale fédérale oblige les cantons à regrouper tout le contentieux des assurances sociales sous le même toit, contentieux jusque là réparti à Genève entre diverses commissions cantonales de recours et le TA. C'est ainsi pour répondre à l'exigence posée par la loi fédérale que le législateur genevois a créé le TCAS.

Selon l'art. 131 al. 1 Cst GE, « La loi établit des tribunaux permanents pour juger toutes les causes civiles et pénales ; elle en règle le nombre, l'organisation, la juridiction et la compétence ». Lors de la création du TA en 1971, la disposition constitutionnelle a été complétée par un alinéa 2, libellé comme suit : «Un tribunal administratif est institué pour statuer sur les recours de droit administratif dans les cas où la loi le prévoit ».

La Constitution s'interprète selon les mêmes principes que les lois ordinaires. Les règles d'interprétation permettant au juge de dégager le sens d'une disposition sont connues : ce dernier peut recourir à une interprétation littérale, historique, téléologique ou systématique de la norme. Le juge devra partir prioritairement du texte clair de la loi. Le TA, dans son arrêt du 30 mars 2004, a considéré que le texte de l'art. 131 al. 2 Cst GE ne laissait pas de place pour d'autres tribunaux statuant sur les recours de droit administratif ; il a interprété « un tribunal » comme signifiant « un seul tribunal ». Or, l'art. 131 al. 2 Cst GE précise que ce tribunal administratif est institué « dans les cas où la loi le prévoit ». C'est dire que nécessairement le reste du contentieux administratif relève d'autres juridictions. Ainsi l'interprétation littérale permet à elle seule de conclure que le terme « un » doit être qualifié, grammaticalement, d'article indéterminé.

Une telle analyse est du reste confirmée par les interprétations historique et téléologique. Il résulte des travaux préparatoires (Mémorial du Grand Conseil – MGC - 1970, p. 554 ss.) que le législateur en 1970 entendait créer, aux côtés des juridictions civiles et pénales existantes prévues à l'art. 131 al. 1 Cst GE, un tribunal administratif indépendant du pouvoir exécutif. Ce tribunal était destiné à remplacer les autres autorités – Conseil d'Etat, commissions de recours, etc… qui avaient à connaître des recours contre les décisions des départements. Il n'était cependant pas question que ce remplacement soit général, raison pour laquelle ce tribunal s'était vu doté de compétences d'attribution. Il était évident que certaines commissions spéciales devaient subsister, notamment en raison de leur composition particulière (composition paritaire, experts…). Selon le Mémorial du Grand Conseil, p. 557, « dans le système envisagé, le TA, le Conseil d'Etat et les commissions spécialisées dont le maintien aura été décidé, constitueront autant de juridictions administratives distinctes et indépendantes, entre lesquelles se répartiront les compétences ».

Dès le 1er janvier 2000, le TA a été mis au bénéfice d'une clause générale de compétence. Il est ainsi devenu la juridiction administrative supérieure de droit commun (art. 56 A LOJ). A nouveau, le maintien des commissions de recours spéciales a été expressément réaffirmé (MGC 1997, p. 9430). La constitutionnalité de ces juridictions n'a de plus jamais été remise en cause, ni par le TF ni par le TFA. On ne voit pas dans ces conditions ce qui aurait empêché le législateur, quelques années plus tard, de confier la compétence en matière d'assurances sociales, jusque là dévolues à ces commissions de recours, à une juridiction administrative spéciale, le TCAS en l'occurrence.

Si l'on devait suivre l'interprétation du TA dans son arrêt du 30 mars 2004, non seulement le TCAS, mais également toutes les autres commissions de recours spéciales, y compris celles rattachées au TA lui-même seraient inconstitutionnels. Tel n'a manifestement pas été le but visé par le législateur.

Au vu de ce qui précède, la création du TCAS en application de la LPGA est conforme à la Constitution genevoise.

L'élection des juges assesseurs ayant par ailleurs été annulée par le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 27 janvier 2004, le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février 2004, une disposition transitoire permettant au TCAS de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux assesseurs.

2. Le Tribunal cantonal des assurances sociales statue en instance unique, notamment sur les contestations relatives à la loi fédérale sur l'assurance invalidité (cf. art. 56V alinéa 1 lettre a. ch. 1 LOJ).

   La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales. Elle est applicable à l'AI, sauf dérogation expresse (article 1, alinéa 1 LAI). Interjeté dans les forme et délai légaux devant l'autorité compétente, le recours est recevable (articles 56, 58 et 60 LPGA).

3. Selon l'article 4 LAI, l'invalidité (article 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Elle est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

   Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (article 8 LPGA). Par incapacité de gain, on entend toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (article 7 LPGA). Pour qu'une

invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299).

En l'espèce, les médecins ont diagnostiqué chez la recourante une fibromyalgie, associée à une dépression.

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, 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2000 p. 153 consid. 2a et les références ; ATFA non publié I 68/01 du 27 mars 2001). Les causes de l'atteinte à la santé psychique ne jouent pas de rôle quand il s'agit de décider si celle-ci revêt ou non un caractère invalidant (PRA 1997 n° 49 p. 256 consid. 4b in fine). Ce qui est décisif, c'est de savoir si une atteinte à la santé psychique, indépendamment de son origine, entraîne une incapacité de travail et de gain (ATFA non publié I 68/01 du 27 mars 2001).

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). Le Tribunal fédéral des assurances a encore souligné 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 n° I 759/01 du 20 septembre 2002).

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 ; VSI 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).

4. Le Docteur C_____, généraliste, médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic de fibromyalgie entraînant une incapacité de travail de 75 % depuis le 16 février 1998. Le Docteur C_____, rhumatologue, a confirmé ce diagnostic ; dans son rapport complémentaire du 17 mars 2003, il a relevé que l'activité d'animatrice parascolaire n'était plus exigible, puisque la recourante présentait une diminution du rendement de 50 %. Dans le rapport médical concernant les capacités professionnelles, ce même médecin a déclaré que compte tenu des limitations existantes, la capacité de travail exigible était de 25 % (cf. pièce no. 12, fourre 3, dossier OCAI). Sur le plan psychiatrique, la Doctoresse A_____, qui suit la recourante depuis mars 2002, mentionne la présence d'une dépression depuis

décembre 1997 ; la patiente était alors au bord du « crac », en pleurs. L'assurée présentait des dificultés de concentration, une fatigue, des insomnies et des oublis. Les troubles étaient expliqués en partie par le milieu défavorable, notamment les soucis liés à l'une de ses filles, mère célibataire, qui lui avait laissé son fils. Selon la psychiatre, l'incapacité de travail, persistante, était de 100 % (cf. pièces nos. 1 et 2, fourre 3, dossier OCAI).

L'OCAI a demandé au SMR LEMAN de procéder à une évaluation psychiatrique de l'assurée. Les médecins ont posé le diagnostic de fibromyalgie avec humeur dépressive. Lors de l'examen, la patiente était très légèrement triste, à cause de ses douleurs selon elle. Elle ne présentait pas d'angoisses persistante, ni d'attaques de panique en faveur d'un diagnostic d'anxiété généralisée, ni de phobies. Aucun symptôme de la lignée psychotique n'a été observé, ni de trouble de la personnalité morbide. Les éléments dépressifs étaient présents, mais leur sévérité était insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif ou de dysthymie. L'environnement psychosocial n'était pas perturbé, malgré les allégations de la patiente. En l'absence d'une pathologie psychiatrique invalidante, la recourante présente une capacité de travail de 100 % sur le plan psychiatrique (cf. pièce no. 9, fourre 3, dossier OCAI).

Le Tribunal de céans émet quelques doutes quant aux observations du SMR LEMAN relatif à l'environnement psychosocial de la recourante ; en effet, la Doctoresse A_____ a décrit de façon détaillée le vécu difficile de l'assurée. Néanmoins, force est de constater qu'au moment de la décision litigieuse, les troubles psychiques de la recourante, associés au syndrome douloureux, ne présentaient pas un degré de gravité suffisant pour entraver sa capacité de travail. Le recours s'avère en conséquence mal fondé.

La recourante a fait valoir en cours de procédure que son état de santé s'était aggravé et a produit un rapport d'hospitalisation du service de rhumatologie de l'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER, ainsi qu'un rapport de consultation psychiatrique effectué par l'Unité de Psychiatrie de Liaison. Le juge ne saurait cependant prendre en considération des faits survenus postérieurement à la décision litigieuse ; toute modification éventuelle de l'état de santé doit faire l'objet d'une nouvelle demande.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Reçoit le recours interjeté par Madame C_____ contre la décision sur opposition de l'OCAI du 12 août 2003 ;

Au fond :

2. Le rejette ;

3. Dit que la procédure est gratuite ;

4. 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).

Le greffier :	La Présidente :
Walid BEN AMER	Juliana BALDE

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