

# POUVOIR JUDICIAIRE

**A/1840/2002**

**ATAS/574/2004**

# ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**4<sup>ème</sup> chambre**

**du 14 juillet 2004**

En la cause

**Madame B** \_\_\_\_\_, comparant par Me Mauro POGGIA, en \_\_\_\_\_ recourante  
l'Etude duquel elle élit domicile

contre

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

**Siégeant : Madame Juliana BALDE, Présidente, Mesdames Karine STECK et Isabelle DUBOIS, juges.**

### **EN FAIT**

1. Madame B \_\_\_\_\_, née le juillet 1946, d'origine espagnole, mariée et mère de deux enfants, a travaillé à plein temps dès le 11 août 1997 en tant qu'ouvrière de préassemblage auprès de l'entreprise X \_\_\_\_\_ SA à Genève. A ce titre, son salaire annuel s'élevait en 1999 à 42'679 fr. (3'283 fr. x 13) (pièce 2, fourre 5 OCAI).
  2. Le 15 avril 1999, l'assurée a glissé sur une surface mouillée au travail et a chuté sur la nuque et le dos. Le docteur A \_\_\_\_\_, qu'elle a consulté, a diagnostiqué des cervicalgies post-traumatiques ainsi qu'une entorse cervicale et l'a mise en incapacité de travail à 100 % (pièces 1 et 2, fourre 4 SUVA OCAI).
  3. Le 5 octobre 1999, le docteur B \_\_\_\_\_, médecin-conseil de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la SUVA) qui avait pris en charge le cas, a rédigé un rapport dans lequel il n'a signalé aucune lésion traumatique. Il a diagnostiqué de légers troubles dégénératifs préexistants, une persistance d'un syndrome hyperalgique en nette discrétance avec les constatations tant cliniques que radiologiques ainsi qu'une attitude évoquant une sinistrose (pièce 3, fourre 4 SUVA OCAI).
  4. Le 18 janvier 2000, le docteur A \_\_\_\_\_, médecin traitant, a expliqué que l'assurée présentait des cervicalgies intenses, persistantes et partiellement rebelles à divers traitements suite à sa chute et qu'une investigation approfondie n'avait pas permis de mettre en évidence de lésions organiques graves. Il était impossible de faire un pronostic quant à l'évolution du cas. L'expertise faite par la SUVA lui semblait suffisante pour le moment dans la mesure où elle décrivait avec précision un certain nombre de constatations objectives. Il a souligné qu'elle ne tenait toutefois pas compte d'un certain nombre d'aspects subjectifs de la situation clinique (pièce 6, fourre 3 OCAI).
  5. Le 31 juillet 2000, l'assurée a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) en sollicitant l'octroi d'une rente (pièce 1, fourre 2 OCAI).
  6. Le 2 août 2000, le docteur C \_\_\_\_\_ de l'établissement hospitalier de réadaptation a rédigé un rapport sur mandat de la Bâloise Assurance (ci-après la Bâloise), intervenant en tant qu'assureur maladie perte de gain de l'assurée, dans lequel il a diagnostiqué un syndrome somatoforme douloureux persistant. Après avoir décrit la situation de l'assurée tant du point de vue familial que socioprofessionnel, il a relevé qu'il existait un hiatus manifeste entre les plaintes subjectives et les constatations objectives. Un bilan exhaustif d'imagerie avait été réalisé à la recherche d'une lésion du rachis cervical, mais il n'avait révélé aucune anomalie, mis à part une très discrète protusion du disque C6-C7, tout à fait banale
-

chez une patiente de cet âge. L'incapacité de travail ne reposait que sur les troubles subjectifs et l'expert ne retenait pas chez l'assurée d'affection médicale susceptible d'expliquer l'état douloureux ou le retentissement fonctionnel. Il ne pouvait admettre une quelconque incapacité de travail dans la profession d'ouvrière. La surcharge psychique de l'intéressée n'atteignait pas le seuil diagnostique d'une affection psychiatrique (pièce 7, fourre 3 OCAI).

7. Le 1<sup>er</sup> septembre 2000, le docteur A\_\_\_\_\_ a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI en se référant à ses précédents avis médicaux. Il a diagnostiqué des cervicalgies post-traumatiques ainsi qu'une fibromyalgie (pièce 8, fourre 3 OCAI).
  8. Le 16 janvier 2001, le docteur C\_\_\_\_\_ a confirmé son précédent diagnostic tout en soulignant à nouveau que les douleurs alléguées par l'assurée ne reposaient sur aucun socle somatique consistant. Il a expliqué que l'affection présentée était certes reconnue dans une classification internationale sous une appellation bien définie, mais qu'on ne saurait admettre qu'elle justifiait à elle seule une incapacité de travail significative (pièce 9, fourre 3 OCAI).
  9. Dans un rapport intermédiaire du 8 avril 2002, ce praticien a expliqué que l'état de santé de l'assurée était demeuré stationnaire. Le 15 avril 2002, dans une annexe au rapport médical concernant la réinsertion professionnelle, il a souligné que le problème ne se posait pas à ce niveau et n'a pas rempli le formulaire demandé (pièces 10 et 11, fourre 3 OCAI).
  10. Dans une note interne du 8 août 2002, le docteur D\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'OCAI, a relevé que le médecin traitant s'était référé à l'évaluation faite par la SUVA, laquelle concluait à une capacité de travail totale. Il a souligné qu'un arrêt de quelques jours tout au plus pouvait être accepté suite à l'accident (pièce 12, fourre 3 OCAI).
  11. Par projet de décision du 20 août 2002, l'OCAI a expliqué à l'assurée qu'il ne lui octroierait aucune prestation dans la mesure où il n'y avait aucune contre-indication à une reprise de travail dans son ancienne activité. L'atteinte à la santé présentée par l'intéressée n'avait pas valeur d'invalidité au sens de l'assurance-invalidité (pièce 1, fourre 1 OCAI).
  12. Par courrier du 4 septembre 2002, l'assurée a contesté ce projet par l'entremise de son conseil. Elle a produit le 17 septembre 2002 deux certificats médicaux des docteurs E\_\_\_\_\_ et A\_\_\_\_\_ indiquant toujours une incapacité de travail de 100 % (pièces 8 et 9, fourre 1 OCAI).
  13. Par décision du 23 octobre 2002, l'OCAI a refusé toute prestation à l'assurée en se référant aux mêmes arguments que précédemment (pièce 2, fourre 1 OCAI).
-

14. Par écriture du 19 novembre 2002, l'intéressée a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dans la mesure où elle subissait une diminution de sa capacité de gain de 100 %. Elle a également sollicité la mise sur pied d'une expertise médicale et a relevé que les divers rapports médicaux figurant au dossier étaient contradictoires. Elle a produit un rapport des docteurs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, du Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur de l'établissement hospitalier du 18 juin 2002, lesquels avaient diagnostiqué des cervico-dorsalgies chroniques ainsi que des céphalées chroniques. Ces médecins avaient relevé que la recourante avait fortement réduit les activités sociales, qu'elle décrivait une fatigue permanente, un épuisement et une tristesse. Elle était triste et découragée face à l'avenir.
15. Par préavis du 22 janvier 2003, l'OCAI a proposé le rejet du recours en relevant que les rapports médicaux ne se contredisaient pas et qu'ils indiquaient que l'assurée était en mesure de travailler du point de vue physique. En ce qui concernait le caractère invalidant de l'affection dont souffrait la recourante, il devait être nié car cette dernière ne présentait aucune affection associée présentant une comorbidité psychiatrique grave, et notamment aucun trouble psychique.
16. Le 14 mai 2003, la recourante a persisté dans ses conclusions tout en produisant un rapport du docteur E\_\_\_\_\_ du 28 avril 2003 dans lequel ce dernier expliquait que le fait de ne pas découvrir de déficit neurologique aux membres supérieurs ni d'atteinte anatomique plus sévère que des discrètes protusions discales C5-C6 et C6-C7 ne permettaient en aucun cas d'exclure la relation de causalité entre les cervicalgies chroniques et la chute. Ce praticien a confirmé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant associé à un état dépressif modéré. L'état devait être considéré comme chronique, les traitements ne permettant qu'une stabilisation mais non une guérison.
17. Par réplique du 26 mai 2004, l'OCAI a également persisté dans ses conclusions en arguant du fait qu'aucun élément médical nouveau n'était intervenu, le docteur E\_\_\_\_\_ n'ayant que confirmé la teneur des informations en sa possession.
18. Pour le surplus, les faits et allégués pertinents des parties seront repris, en tant que besoin, dans la partie « en droit » ci-après.

### **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, 4<sup>ème</sup> 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 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> 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. Conformément à l'art. 3 al.3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours ont été transmises d'office au TCAS, statuant en instance unique sur les contestations en matière d'assurance invalidité notamment (cf. art. 56V LOJ). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
  3. La LPGA, qui a entraîné des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI) et de son règlement du 17 janvier 1961 (RAI), n'est pas applicable en l'espèce, dès lors que 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. Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur.
  4. En outre, interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 69 LAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS)).
  5. Le litige porte essentiellement sur le caractère invalidant ou non du syndrome somatoforme douloureux persistant dont souffre la recourante.
  5. a) L'art. 4 al.1 LAI stipule que l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumé 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. 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). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement
-

aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité, 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 du 27 mars 2001 en la cause I 68/01). 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 du 27 mars 2001 en la cause I 68/01).

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATF 120 V 119). 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. 1555, ATFA non publié du 9 octobre 2001 en la cause I 229/01). Plus l'expert constate de facteurs limitatifs de la capacité de travail de l'assuré au plan psychique, plus il y a lieu de se montrer exigeant quant à la motivation qui doit figurer dans le rapport d'expertise sur l'existence et l'intensité des divers critères jurisprudentiels en matière de troubles somatoforme douloureux susceptibles de fonder un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle (ATFA non publié du 8 août 2002 en la cause I 787/01 consid. 3b in fine).

Le Tribunal fédéral des assurances a encore souligné qu'il est erroné de prétendre que seuls des troubles somatoformes douloureux liés à une comorbidité psychiatrique grave seraient susceptibles d'entraîner 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 (ATFA non publié du 6 mai 2002 en la cause I 275/01 et ATFA non publié du 8 août 2002 en la cause I 783/01).

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).

5. b) En l'espèce, l'OCAI estime que le syndrome somatoforme douloureux persistant dont souffre la recourante n'est pas invalidant, dans la mesure où il n'existe aucune comorbidité psychiatrique grave associée au trouble et que la plupart des autres critères prévus par la jurisprudence font défaut. La recourante estime quant à elle que les avis médicaux sont contradictoires, que le médecin traitant ainsi que le docteur E \_\_\_\_\_ ont déjà précisé à plusieurs reprises que sa capacité de travail était nulle et qu'il y a lieu de procéder à une expertise complémentaire.
-

Force est cependant de constater qu'une telle expertise supplémentaire n'est pas nécessaire in casu. On rappellera en effet que, dans l'arrêt non publié du 25 août 2003 en la cause I 830/02, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA), tout en soulignant que le principe de l'expertise psychiatrique dans le cadre du trouble somatoforme douloureux constituait la règle, n'a pas jugé opportun de procéder à une expertise psychiatrique complémentaire. Il a assis sa position sur le fait que ni le médecin traitant ni le docteur appelés à se déterminer sur le cas de la recourante n'avaient relevé de problèmes psychiques particuliers, et sur le fait que, dans le cas précité, une expertise avait été effectuée par un spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et titulaire du certificat AMPP en médecine psychosomatique et psychosociale, lequel avait réalisé une évaluation psychologique précise de l'assurée en décrivant sa situation. Cela avait permis au TFA de se déterminer sur la présence ou l'absence des critères requis par la jurisprudence afin de juger du caractère invalidant ou non du trouble somatoforme douloureux dont souffrait l'assurée.

Le cas de la recourante n'est pas si différent du cas précité dans la mesure où l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier, dont notamment l'appréciation du docteur G\_\_\_\_\_, psychologue aux HUG, permet au Tribunal de céans de se déterminer sur le caractère invalidant ou non du syndrome somatoforme douloureux persistant. Il y a lieu de reconnaître qu'effectivement la plupart des critères énumérés par la jurisprudence demeurent absents dans le cas d'espèce.

Ainsi, en ce qui concerne la présence d'une comorbidité psychiatrique, le docteur C\_\_\_\_\_, dans son expertise circonstanciée du 2 août 2000, a relevé une surcharge psychique en ce qui concernait la recourante, mais a expressément précisé qu'elle n'atteignait pas le seuil diagnostique d'une affection psychiatrique. Il a encore précisé que le médecin traitant n'avait du reste jamais fait mention d'un trouble de cet ordre. Il sied de relever que cette appréciation est intervenue dans le cadre d'anamnèses familiale et socioprofessionnelle détaillées de l'assurée et de descriptions rigoureuses des plaintes tant subjectives qu'objectives (cf. rapport du docteur C\_\_\_\_\_ du 2 août 2000, pièce 7, fourre 3 OCAI). Par ailleurs, les docteurs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ ont souligné le 18 juin 2002 que l'assurée décrivait une fatigue permanente, un épuisement et une tristesse, qu'elle était triste et découragée face à l'avenir, mais n'ont pas diagnostiqué de trouble dépressif en sus des cervico-dorsalgies et des céphalées chroniques. De même n'ont-ils pas fait état d'une véritable perte d'intégration sociale de l'assurée puisqu'ils ont uniquement remarqué que cette dernière avait fortement réduit ses activités sociales, n'ayant plus envie de sortir de chez elle (cf. rapport de l'établissement hospitalier du 18 juin 2002, p. 2 pièce 14, fourre Assurée). Ces explications ne sont nullement contredites par le docteur E\_\_\_\_\_, lequel a confirmé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant associé à un trouble dépressif modéré (cf. rapport du 28 avril 2003). Aucun des médecins interrogés n'a mis en évidence de traits de la personnalité prémorbides dans le cas de la recourante.

---

En ce qui concerne les autres critères prévus par la jurisprudence, seul le critère de la chronicité et de la durée des douleurs, susceptible de fonder un pronostic défavorable à propos de l'exigibilité d'une reprise de l'activité professionnelle, apparaît réalisé, mais il n'est à lui seul pas suffisant pour justifier du caractère invalidant d'une incapacité de travail (ATFA non publié du 19 août 2003 en la cause I 53/03).

C'est encore le lieu de relever que les différents rapports médicaux ne sont nullement contradictoires mais s'expliquent les uns les autres. A titre exemplatif, il ressort des explications fournies par les docteurs B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ (cf. rapport SUVA du 5 octobre 1999 et rapport du docteur C\_\_\_\_\_ du 2 août 2000, pièces 3, fourre SUVA OCAI et 7, fourre 3 OCAI) que l'assurée s'estime incapable de travailler à 100 %, mais que, physiquement, aucune constatation clinique objective ne peut expliquer cette conviction. Le médecin traitant, tout en constatant une incapacité de travail, n'est pas d'un avis différent puisqu'il confirme qu'une investigation approfondie n'a pas permis de mettre en évidence de lésions organiques graves et que l'expertise faite par la SUVA est suffisante dans la mesure où elle décrit avec précision un certain nombre de constatations objectives, les aspects subjectifs n'étant pas pris en compte (pièce 6, fourre 3 OCAI). Seul l'appréciation de la capacité de travail demeure différente, mais les explications convaincantes des experts à ce propos ne sauraient être remises en doute par la seule opinion du médecin traitant dont les constatations quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont une valeur probante inférieure à celle des spécialistes (RCC 1988, p. 504).

Au vu de tous ces éléments, c'est à juste titre que l'OCAI a nié le caractère invalidant du trouble dont souffre la recourante.

---

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

**Statuant**

**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 la décision de l'OCAI du 23 octobre 2002 ;
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).

Le greffier :

Walid BEN AMER

La secrétaire-juriste :

Flore PRIMAULT

La Présidente :

Juliana BALDE

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

---