RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2110/2006 **ATAS/905/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 19 octobre 2006

En la cause

Madame I_____, domiciliée , 1227 LES ACACIAS, représentée par l'ASSUAS Association suisse des assurés	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente,
Juliana BALDE et Doris WANGELER Juges

EN FAIT

1. Madame I_____ est née le 1950.

2. Le 30 mars 2004, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) en invoquant une dépression, des crises d'angoisse et des problèmes rénaux.

3. A noter que l'assurée est bénéficiaire du revenu minimum cantonal d'aide sociale depuis le mois de mai 1997. Elle a obtenu un diplôme de l'école d'infirmières du Caire en 1967. Elle a indiqué que si elle était en bonne santé, elle exercerait une activité lucrative en tant qu'aide-soignante, vendeuse ou serveuse à 100% en raison de ses difficultés financières. En dernier lieu, elle a travaillé comme stagiaire aide-hospitalière à la maison de Vessy du 26 janvier au 6 mars 1998.

4. Son médecin traitant, le Dr A_____, dans un rapport daté du 2 février 2005, a posé les diagnostics d'hypertension essentielle avec crise hypertensive dans le cadre d'un état d'angoisse auquel s'ajoutent des crises de panique, des céphalées et des lombalgies, d'hypertrophie thyroïdienne, de gastrite chronique sur helicobacter positif et de reflux gastro-œsophagien. Il a conclu à une incapacité totale de travail à compter du 4 octobre 2002. Selon lui, la patiente n'est plus à même d'exercer son travail d'aide-soignante compte tenu de ses céphalées, de sa fatigabilité, de son essoufflement et de la difficulté à porter des charges. Le médecin a émis un pronostic très réservé.

5. Le (ci-après "établissement hospitalier") a émis un avis en date du 19 juillet 2005 pour constater que l'assurée avait été mise en incapacité de travail par son médecin traitant en raison de crises d'angoisse survenant dans le cadre de poussées hypertensives et qu'elle souffrait également de lombalgies. Il a relevé qu'une hospitalisation avait eu lieu en 2002 pour suspicion de sténose d'une artère rénale mais que le bilan n'avait pas révélé de pathologie rénale si bien qu'il fallait en conclure que l'hypertension artérielle était essentielle. Par ailleurs le bilan avait montré un rachis parfaitement normal sur le plan radiologique et un adénome thyroïdien au sujet duquel il n'y a pas eu de suite. Le "établissement hospitalier" a également relevé l'existence d'une gastrite chronique avec reflux œsophagien, d'une hyperlipémie, pathologie ne justifiant pas une incapacité de travail. Un enregistrement de la pression sur 24 heures en 2002 a montré une tension normale haute et un "effet de blouse blanche". Le Dr B_____a estimé que si les adaptations de la tension artérielle devaient encore vraisemblablement faire l'objet d'une intensification du traitement elles ne justifiaient pas une quelconque incapacité de travail. Il a également estimé que rien, dans le rapport du Dr A_____, n'était mis en relation avec un état d'angoisse pouvant exprimer une pathologie psychiatrique et qu'aucun traitement ni consultation psychiatrique n'étant mentionnés on pouvait se poser des questions sur le caractère invalidant de ces

crises. En conclusion, le Dr B_____ a estimé que la demande de prestations était inappropriée.

6. En conséquence, par décision du 31 août 2005, l'OCAI a nié tout droit aux prestations, qu'il s'agisse de prestations sous forme de rente ou de mesures professionnelles.

7. Par courrier du 27 septembre 2005, l'assurée a formé opposition à cette décision en alléguant que son médecin généraliste avait cessé son activité et qu'elle était désormais suivie par le Dr C_____, généraliste, et par le Dr D_____, psychiatre.

8. Par décision sur opposition du 8 mai 2006, l'OCAI, constatant qu'aucun des documents médicaux promis par l'assurée pour étayer sa demande ne lui était parvenu, a statué en l'état et, estimant qu'aucun élément nouveau permettant de justifier une atteinte à la santé n'avait été apporté, a rejeté l'opposition.

9. Par courrier du 9 juin 2006, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à ce qu'il lui soit accordé une rente d'invalidité entière. Elle a au surplus demandé qu'un délai lui soit accordé pour produire les diverses pièces médicales dans l'attente desquelles elle restait.

10. Un délai lui a été imparti au 11 juillet 2006, puis au 4 août 2006 pour ce faire.

11. Par courrier du 25 août 2006, l'assurée a produit une attestation médicale émanant du Dr D_____ dont il ressort qu'elle souffre d'un trouble phobique sévère avec marques de paniques à répétition. Elle a par ailleurs allégué être dans l'attente d'un autre certificat médical de la part du Dr C_____.

12. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 28 septembre 2006, a sollicité l'avis du "établissement hospitalier" qui a estimé qu'il serait justifié d'instruire davantage, notamment la question des troubles psychiques. L'OCAI a en conséquence proposé de procéder à un complément d'instruction afin que soient interrogés le médecin traitant ainsi que le médecin psychiatre.

EN DROIT

1. 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, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances

sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal de céans connaît en instance unique des contestations prévues par l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition à la lumière des nouvelles dispositions de la LPGA et de la LAI (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3).

4. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

5. 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 dès lors se baser sur des documents qui sont établis essentiellement par des médecins (ATF 122 V 158). Ils peuvent ainsi se baser sur les rapports demandés par l'office AI au médecin traitant, sur les expertises de spécialistes extérieurs et sur les examens pratiqués par les centres d'observation créés à cet effet.

6. Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et 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'intéressé (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2).

7. 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. Dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves, notamment dans le domaine médical. Il convient de rappeler ici que selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40

PCF en corrélation avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. En outre, au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office AI (ATFA non publié du 26 octobre 2004 en la cause I 205/04).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue de donner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une

expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).

8. En l'espèce, force est de constater que le dossier, en l'état, ainsi que l'a reconnu l'OCAI lui-même, ne permet pas de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante et plus particulièrement sur le fait de savoir si elle souffre de troubles psychiques et dans quelle mesure ceux-ci sont invalidants. Les rapports médicaux figurant au dossier sont pour le moins lacunaires.

9. Selon la jurisprudence, dans le domaine des assurances sociales, la procédure reste - comme par le passé - régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; voir également les art. 43 et 61 let. c LPGA). Dans le cas d'espèce, le Tribunal de céans est d'avis que la recourante a amené suffisamment d'éléments permettant de se convaincre qu'une nouvelle expertise était nécessaire, ce que l'office intimé a admis.

   En l'état, le degré d'invalidité de la recourante ne saurait être déterminé sur la base des pièces médicales au dossier, de sorte qu'il convient de renvoyer la cause à l'OCAI afin qu'il complète l'instruction sur le plan médical. D'autant que l'OCAI était tenu, dans la procédure sur opposition, d'instruire d'office. Il aurait ainsi pu questionner lui-même les médecins.

   Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

1. Admet partiellement le recours.
2. Annule les décisions des 31 août 2005 et 8 mai 2006.
3. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de Fr. 500,-- à titre de dépens.
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 présidente
Janine BOFFI	Karine STECK

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