REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2322/2006 **ATAS/454/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 2 mai 2007

En la cause

Madame M_____, domiciliée , PLAN-LES-OUATES	recourante

contre

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

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente ; Evelyne BOUCHAARA et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame M_____, ressortissante congolaise née en 1964, est arrivée en Suisse en décembre 1995. Elle y a travaillé comme lingère dans un hôtel.

2. En date du 10 octobre 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une hernie discale et d'une sciatique. Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a réuni différentes attestations médicales.

3. Dans un rapport du 10 novembre 2003, le Dr A_____, médecin traitant généraliste, a diagnostiqué une protrusion de L4-L5 et plus prononcée de L5-S1 appuyant sur le fourreau dural et l'émergence des racines, un canal lombaire étroit et une sacro-illite inflammatoire. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient notamment un état dépressif réactionnel. Aucune activité n'était exigible de la patiente.

4. En date du 8 mars 2005, l'assurée a été soumise à une expertise rhumatologique conduite par le Dr B_____, rhumatologue. Dans son expertise du 11 avril 2005, ce médecin a diagnostiqué des rachialgies diffuses chroniques, des troubles de la statique du rachis (dos plat et hyperlordose lombaire), un canal lombaire à la limite inférieure de la norme et une protrusion discale L4-L5 et L5-S1, un syndrome douloureux diffus chronique, une surcharge pondérale importante, de probables état dépressif et syndrome d'amplification des plaintes ainsi qu'une allergie à la pénicilline. Dans une activité légère ne nécessitant pas le port de charges supérieures à 15 kilos plusieurs fois par jour, la capacité de travail de l'expertisée était quasi complète (vente, horlogerie, petite mécanique, surveillance de machines ou d'une chaîne de production, etc.). Dans une activité lourde, la capacité semblait réduite à 50 %. Dans l'activité de lingère, la capacité de travail s'élevait à 70 % en raison des mouvements répétitifs.

5. En date du 2 décembre 2005, l'assurée a été soumise à une expertise psychiatrique conduite par le Dr C_____, psychiatre. Dans son expertise du 16 décembre 2005, ce médecin ne pose aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sont les suivants : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec symptômes somatiques, rachialgies diffuses chroniques, troubles de la statique du rachis, canal lombaire à la limite inférieure de la norme et protrusion discale L4-L5 et L5-S1, syndrome douloureux diffus chronique, obésité, allergie à la pénicilline. L'expert a formulé les remarques suivantes : « L'état dépressif présent actuellement est réactionnel aux douleurs ressenties par l'assurée, qui n'est pas d'accord

d'entreprendre une démarche avec un spécialiste en psychiatrie. Cet état se caractérise par la tristesse, des troubles de la concentration, des idées de dévalorisation mais il n'y a pas d'idées ou d'envies suicidaires et le ralentissement psychomoteur n'est pas très important. Ce qui ressort chez l'assurée ce sont ses tendances régressives et son manque de volonté à faire quelque chose qui pourrait la soulager aussi pour ses douleurs, ainsi elle ne perd pas de poids et elle ne pratique pas les exercices au niveau musculaire qu'on lui a enseignés ». La capacité de travail était entière dans sa profession. Un suivi psychiatrique pourrait aider l'assurée, qui cependant s'y refusait.

6. Dans un rapport sans examen clinique du 10 mars 2006, le SMR Suisse romande, service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR), a constaté que la capacité de travail dans l'activité habituelle s'élevait à 70 % et était totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée.

7. Par décision du 13 mars 2006, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée au motif que sa capacité de travail s'élevait à 70% dans sa profession et que de la comparaison des revenus avant invalidité de 42'900 fr. et après invalidité de 43'619 fr. découlait un degré d'invalidité de zéro, n'ouvrant droit à aucune prestation de l'assurance-invalidité.

8. Par courrier du 3 avril 2006, l'assurée a formé opposition à cette décision, sollicitant une nouvelle expertise.

9. Par décision du 24 mai 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition. Il a par ailleurs transmis au médecin traitant de l'assurée, à sa demande, les expertises effectuées.

10. Par courrier du 21 juin 2006, le Dr A_____ s'est adressé à l'OCAI indiquant que sa patiente était en incapacité de travail depuis le 23 juillet 2002 et qu'un contrôle tomodensitométrique de la colonne lombaire avait confirmé l'existence d'un canal lombaire constitutionnellement étroit avec des protrusions discales à deux niveaux, à quoi s'ajoutaient des lésions dégénératives précoces et une atteinte inflammatoire. Un tel diagnostic justifiait à lui seul une incapacité de travail.

11. Par courrier du 26 juin 2006, l'assurée a recouru contre la décision de l'OCAI du 24 mai 2006 auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle a fait valoir que son médecin traitant la considérait comme totalement incapable de travailler et l'avait adressée au service de rhumatologie des (ci-après les "établissement hospitalier"). Par ailleurs, elle a contesté être opposée à une prise en charge psychiatrique et a indiqué faire les démarches nécessaires pour un tel traitement.

12. Dans sa réponse du 24 juillet 2006, l'intimé, concluant au rejet du recours, a relevé que les expertises effectuées, rhumatologique et psychiatrique, avaient pleine valeur

probante et que leurs conclusions devaient être suivies. Par ailleurs, l'assurée se devait de diminuer le dommage, fusse au prix d'un effort de volonté considérable.

13. Par courrier du 1er septembre 2006, la recourante a transmis un rapport de la Dresse D_____ des "établissement hospitalier", aux termes duquel des lombosciatalgies gauches communes dans un contexte de troubles statiques et dégénératifs débutants ainsi qu'une suspicion d'abaissement du seuil de la douleur avaient été diagnostiqués. Il n'y avait pas de réduction de la capacité de travail dans une activité légère, sans port de charges excédant plus de 5 kilos. Dans son travail de lingère nécessitant des mouvements répétés du rachis, une incapacité de 30 % paraissait raisonnable.

14. Par courrier du 23 novembre 2006, le Dr E_____, psychiatre traitant, a adressé un rapport au Tribunal de céans. Ce médecin a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Le pronostic à moyen terme était favorable sur le plan de l'état dépressif, dans la mesure où la patiente vivait dans un environnement favorable et stable. Il était vraisemblable que la symptomatologie du syndrome douloureux s'amenuise à moyen terme dans le cadre de la prise en charge actuelle. L'amélioration de la capacité de travail était possible pour un temps partiel à 40 ou 50 % dans le cadre d'une orientation professionnelle adéquate (atelier de couture par exemple).

15. Par courrier du 19 décembre 2006, l'OCAI a rappelé qu'un trouble somatoforme douloureux n'était qu'exceptionnellement invalidant, et seulement si certains critères étaient remplis. Or, la recourante ne remplissait pas ces critères. En effet, elle ne présentait pas de comorbidité psychiatrique manifeste. Il n'y avait pas d'affection corporelle chronique, puisque le médecin des "établissement hospitalier" avait mentionné des lombalgies communes sans déficit neurologique décelable. Enfin, l'assurée ne présentait pas une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie puisqu'elle se sentait bien intégrée en Suisse, faisait partie d'une église évangélique et s'occupait de ses trois enfants.

16. Par courrier du 18 avril 2007, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont 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.

2. 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 du 24 mai 2006 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux prévus par l'art. 60 LPGA est recevable.

5. Il convient en l'occurrence de déterminer si la recourante présente des atteintes à sa santé invalidantes lui ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

   a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

   b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance 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 (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive.

Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

c) D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités).

d) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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, et la jurisprudence citée).

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, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATFA non publié du 21 mars 2006, I 247/05, consid. 1.2).

En ce qui concerne 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).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration 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 le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

S'agissant de la valeur probante 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

6. Se trouvent notamment au dossier une expertise rhumatologique du 11 avril 2005 du Dr B_____, une expertise psychiatrique du 5 décembre 2005 du Dr C_____ et des attestations des médecins traitants généraliste et psychiatre.

   Il y a tout d'abord lieu de constater que les deux expertises au dossier ont pleine valeur probante selon la jurisprudence fédérale. Elles sont bien motivées et leurs conclusions sont claires. Les attestations des médecins traitants, qui sont en contradiction avec les conclusions des deux expertises, ne sont pas de nature à remettre en doute lesdites expertise, n'étant que peu motivées et provenant de surcroît de médecins traitants. Dès lors, le Tribunal de céans fera siennes les conclusions desdites expertises et constatera que la recourante présente une capacité

de travail de 70 % dans sa profession de lingère et une pleine capacité dans une activité adaptée sans port de lourdes charges.

7. Il y a lieu dès lors de procéder à une comparaison des revenus avant et après invalidité pour déterminer le degré d'invalidité de l'assurée. Cependant, comme la recourante peut exercer sa profession de lingère à 70 %, son taux d'incapacité de travail correspond dès lors à son degré d'invalidité, qui s'élève ainsi à 30 %, taux qui n'ouvre pas droit à une rente d'invalidité.

9. Au vu de ce qui précède, force est de constater que le recours, mal fondé, doit être 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. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de la recourante.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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