RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3029/2006 **ATAS/990/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 7 novembre 2006

En la cause

Madame C_____, domiciliée au GRAND-LANCY - GENEVE	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97 à GENEVE	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Juliana BALDE et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Madame C_____, née en 1956, a déposé le 4 juillet 2002 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à l'octroi d'une rente AI au motif qu'elle souffrait d'une dépression, d'un syndrome vertébral et de troubles digestifs depuis avril-mai 2001.

2. Elle exerçait une activité lucrative salariée auprès de la société FACILITY-SERVICES en qualité d'employée d'entretien depuis le 19 juillet 2000. Elle a cessé de travailler dès le 16 août 2001 en raison de son état de santé.

3. Son médecin traitant, le Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie, dans un rapport adressé à l'OCAI le 15 juillet 2002, a indiqué que sa patiente souffrait depuis 2001 d'un état dépressif, d'idées suicidaires, de réactions hystériques, d'importantes dyspepsis, d'une pancréatite aiguë, d'un syndrome vertébral et d'une bronchite asthmatiforme. Il a estimé que son incapacité de travail était entière depuis le 16 août 2001.

   Il a fait état d'autres diagnostics toutefois sans répercussion sur la capacité de travail, soit "iléus itératif; bronchite asthmatiforme; hypertension artérielle; gastrite érosive et infections urinaires; status après hystérectomie; résection colique selon Hartmann et rétablissement de la continuité, status après résection du grêle; status après cholécystectomie et cure de hernie ombilicale et appendicectomie; grossesse extra-utérine et multiples fausses couches".

   Selon lui, l'état de santé de l'assurée présente des risques d'aggravation.

   Enfin il a déclaré que l'assurée refusait toute prise en charge et suivi psychiatrique de même qu'une hospitalisation dans un service spécialisé, niant tout diagnostic d'ordre psychiatrique.

   Il avait adressé l'assurée à Madame B_____, psychologue, pour un examen neuropsychologique. Il souhaitait en effet qu'un bilan soit établi pour cette patiente qui avait présenté en avril - mai 2001 des troubles cognitifs fluctuants avec oublis, difficultés de concentration, moments "d'absence", troubles du raisonnement et de la programmation dans le contexte d'un état confusionnel également fluctuant, alors que les résultats de son investigation neurologique, l'EEG et l'IRM, étaient normaux. Il avait également indiqué à Madame B_____ que la patiente était par ailleurs suivie pour une boulimie avec vomissements, gastrique ulcéreuse et pancréatite.

   Par courrier du 2 juillet 2001, Madame B_____ avait constaté que son examen avait donné lieu à des performances insuffisantes dans les domaines mnésiques (confabulation, désorganisation au rappel), du raisonnement (là aussi désorganisation) et de l'attention (fluctuante), sans toutefois qu'une souffrance

organique puisse être évoquée. Selon elle il s'agissait plutôt de replacer le tableau dans le contexte d'une organisation de la personnalité qui se faisait dans le registre de l'hystérie et qui avait semble-t-il connu ces derniers jours une légère décompensation peut-être relative aux problèmes conjugaux survenus antérieurement. Elle concluait à un état fragile et soulignait que l'on pouvait craindre chez elle d'autres manifestations à l'avenir (elle et son époux mentionnent l'existence de tentamens par le passé).

4. Le 21 janvier 2003, le Dr A_____ a indiqué que l'état de sa patiente était stationnaire, tout en précisant que celle-ci refusait toujours de consulter un psychiatre.

   Il fait la même observation le 11 octobre 2004, ajoutant que la patiente ne prend plus ses antidépresseurs, qu'il y a une décompensation actuelle suite au divorce, et que le pronostic est mauvais.

5. Une mission d'examen psychiatrique a été confiée à la Dresse C_____, médecin psychiatre du SMR. Dans son rapport daté du 1er novembre 2005, ce médecin dit n'avoir objectivé aucun trouble de la mémoire, de la concentration ou de l'attention, ni de ralentissement psychomoteur. La patiente ne présente pas de foetor alcoolique, d'adynamie, d'anhédonie, de ruminations, de perte de l'élan vital ni de sentiment de culpabilité, de dévalorisation ou de persécution. Elle ne verbalise pas d'idées suicidaires. Il n'y a pas de signe floride de la lignée dépressive en faveur d'un diagnostic de dépression majeure. Elle ne présente pas d'angoisses persistantes, ni d'attaques de panique en faveur d'un diagnostic d'anxiété généralisée ni de phobie en faveur d'un trouble phobique. Il n'y a pas de symptômes de lignée psychotique, notamment délire, hallucinations ou troubles formels ou logiques de la pensée en faveur d'un diagnostic de décompensation psychotique.

   Selon la Dresse C_____, l'assurée présente une amplification des plaintes somatiques sans aucun signe de souffrance objectivable pendant l'entretien et aucun symptôme en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'a pu être mis en évidence. Aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail n'a ainsi été établi. S'agissant du diagnostic d'état dépressif retenu par le médecin traitant, elle précise qu'il n'a pas été objectivé pendant l'entretien, et estime que l'assurée a pu développer une symptomatologie dépressive réactionnelle ou simplement une humeur dépressive qui actuellement est en rémission complète.

   Elle conclut son rapport en indiquant qu'il conviendrait de "demander un rapport médical au Dr D_____, médecin psychiatre et d'évaluer la capacité sur le plan somatique":

6. Par décision du 24 janvier 2006, l'OCAI a rejeté la demande de prestations AI.

7. L'assurée a formé opposition le 12 juillet 2006.

8. Le 20 mai 2006, la Dresse D_____ a informé l'OCAI que sa patiente souffrait d'un trouble dissociatif. Elle indique que la patiente a "enfin" fait état à sa thérapeute, Madame G1_____, de phénomènes hallucinatoires auditifs et visuels qu'elle n'avait jamais mentionnés jusqu'alors par crainte d'être prise pour folle. Elle confirme l'incapacité de travail entière de sa patiente depuis le 16 août 2001. Elle a par ailleurs joint un rapport d'hospitalisation volontaire au département de psychiatrie des "établissement hospitalier"motivée par des troubles cognitifs à investiguer et la présence de douleurs somatiques mal systématisées.

   Dans ce rapport daté du 24 avril 2006, les médecins des "établissement hospitalier"ont relevé que : "on note une patiente très sensible au stress, qui dit être de nature très anxieuse, avec des antécédents de vie très difficiles, elle se sent dépassée et évite d'y penser. Souvent perplexe, elle dit présenter plusieurs fois dans la journée des moments d'absence ou de "blanc" où elle est "ailleurs", dans un état dissociatif. Ceci pourrait éventuellement expliquer les troubles de mémoire, de concentration et d'attention dont la patiente souffre et pour lesquels nous n'avons pas d'autre explication pour le moment, vu les résultats du bilan somatique de ces troubles cognitifs".

   Sur le plan somatique, ils ont indiqué que "la patiente présente une histoire de dorsalgies et de douleurs diffuses de longue date. La radiographie de la colonne montre une discrète déminéralisation osseuse et une discrète scoliose lombaire à convexité gauche associée à une rotation axiale des corps vertébraux lombaires avec une courbure scoliotique controlatérale de l'état dorsal. Une consultation de rhumatologie propose des séances de physiothérapie active, de renforcement musculaire lombaire et de relaxation de la musculature cervicale, avec enseignement des techniques d'hygiène posturale, ainsi qu'antalgie par Dafalgan et Sirdalud. D'autre part, ils notent une diminution significative du seuil de la douleur en l'absence d'argument pour une fibromyalgie".

9. Invité à se déterminer, le SMR a dans son avis du 13 juin 2006 considéré que les pièces médicales versées par la Dresse -D_____ n'apportaient aucun fait nouveau, les éléments relevés ayant déjà été pris en compte par la Dresse C_____ lors de son examen du 1er novembre 2005. Les conclusions de cet examen sont du reste reprises dans une note du 18 janvier 2006; il fait ainsi partie intégrante de l'avis du SMR.

10. Par décision sur opposition du 12 juillet 2006, l'OCAI a confirmé sa décision de refus du 24 janvier 2006.

11. L'assurée a interjeté recours le 21 août 2006 contre ladite décision. Elle rappelle que le Dr A_____, la Dresse D_____ et Mme G1_____ ont attesté de son incapacité totale de travailler, conteste les conclusions du rapport du

1er novembre 2005, précisant à cet égard que l'entretien avec la Dresse C_____ n'a duré qu'une vingtaine de minutes et demande, si nécessaire, à être soumise à une nouvelle expertise.

12. Dans sa réponse du 19 septembre 2006, l'OCAI se réfère expressément au rapport de la Dresse C_____ du 1er novembre 2005 lequel remplit clairement les conditions posées par la jurisprudence quant à sa valeur probante, et conclut au rejet du recours.

13. La Dresse D_____ a été entendue par le Tribunal de céans le 17 octobre 2006. Ce médecin s'est étonnée du fait que les observations qu'elle-même et la psychologue déléguée, Madame G1_____, avaient recueillies, ne correspondaient pas à ce qui était indiqué dans le rapport du SMR du 1er novembre 2005, au point qu'elles avaient eu l'impression de ne pas avoir affaire à la même patiente. Elle a expliqué qu'elle avait posé le diagnostic de troubles dissociatifs en raison des périodes "d'absences" au sens psychologique du terme dont était victime l'assurée. Ces "absences" suffisent selon elle à impliquer une incapacité totale de travail, du fait qu'elles interviennent à n'importe quel moment de la journée, que si elles ne durent que quelques minutes, elles peuvent se répéter plusieurs fois au cours d'une heure. Elle relève qu'il n'est pas fait mention de ces absences dans le rapport du SMR. Elle est d'accord avec la constatation faite par la Dresse C_____ s'agissant de l'état dépressif, elle tient toutefois à nuancer le fait que cet état puisse être en rémission complète puisque précisément tout dépend des événements extérieurs. Elle écarte toute possibilité de simulation de la part de sa patiente. Elle insiste sur les grandes difficultés de concentration de sa patiente et indique qu'il serait possible d'envisager une activité à temps partiel dans son métier de nettoyeuse pour autant que ce soit dans un cadre rassurant, sans stress, et qu'elle ne subisse pas les contrecoups d'événements extérieurs desquels elle n'a que très peu de capacité à se distancier.

14. Entendue le même jour, l'assurée a déclaré qu'elle aimerait pouvoir travailler, par exemple au service de personnes âgées, qu'il lui paraît toutefois difficile d'avoir un emploi continu, dans la mesure où diverses difficultés surgissent après à peine deux heures. A titre d'exemple elle cite le fait qu'il lui arrive de se perdre lorsqu'elle se rend en bus chez Mme G1_____.

15. Sur ce la cause a été gardée à juger.

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 cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger le 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). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

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

5. Le litige porte sur la question de savoir si l'assuré présente un degré d'invalidité suffisant pour justifier l'octroi d'une rente.

6. L'art. 4 al. 1 LAI définit l'invalidité comme étant la diminution de la capacité de gain, présumée 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.

7. 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, conformément à la doctrine

médicale (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

8. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il-elle est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il-elle est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il-elle est invalide à 40% au moins.

9. 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. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

   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).

10. Sur le plan somatique, le Tribunal de céans constate que seules une discrète déminéralisation osseuse et une discrète scoliose lombaire ont été mises en

évidence par les radiographies effectuées aux "établissement hospitalier"(cf. rapport du 24 avril 2006). Les dorsalgies dont souffre l'assurée ne sont dès lors pas la cause de son incapacité de travail, étant précisé au surplus qu'aucun médecin n'a diagnostiqué de trouble somatoforme douloureux.

Le Dr A_____, médecin traitant, a principalement justifié l'incapacité entière de travail depuis le 16 août 2001 par l'existence d'un état dépressif avec idées suicidaires et réactions hystériques. La psychologue à laquelle il s'était adressé pour obtenir le bilan neuropsychologique de sa patiente avait évoqué des performances insuffisantes dans les domaines mnésiques et du raisonnement et avait conclu à un état fragile (rapport du 2 juillet 2001). L'assurée a finalement accepté de consulter un psychiatre, la Dresse D_____, laquelle a diagnostiqué un trouble dissociatif et fait état de phénomènes hallucinatoires auditifs et visuels (rapport du 20 mai 2006). Il importe de relever que ce médecin a recommandé une hospitalisation au département de psychiatrie des "établissement hospitalier"afin qu'une investigation approfondie des troubles cognitifs soit conduite. Les médecins des "établissement hospitalier"n'ont toutefois pas su expliquer de façon précise l'origine des troubles de mémoire, de concentration et d'attention.

Lors de son audition le 17 octobre 2006, la Dresse D_____ a déclaré qu'elle avait retenu le diagnostic de troubles dissociatifs en raison des périodes d' "absences" dont était victime l'assurée et qui impliquaient une incapacité totale de travail.

11. Le Tribunal de céans considère, au vu de ce qui précède, que les pièces figurant au dossier et collectées par l'OCAI ne lui permettent pas de se déterminer en toute connaissance de cause, que le dossier n'est ainsi pas en l'état d'être jugé. Du reste, la Dresse C_____ elle-même recommandait, en conclusion de son examen du 1er novembre 2005, de demander un rapport à la Dresse D_____.

    Il se justifie dès lors d'admettre partiellement le recours, de renvoyer la cause à l'OCAI qui complètera l'instruction, notamment en mettant en œuvre une expertise psychiatrique, et qui, cela fait, rendra une nouvelle décision sujette à recours.

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. L'admet partiellement et renvoie la cause à l'OCAI qui complètera l'instruction, notamment en mettant en œuvre une expertise psychiatrique, et qui, cela fait, rendra une nouvelle décision sujette à recours.

2. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'OCAI.

3. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement 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
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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