REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3226/2006 **ATAS/1003/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 8 novembre 2006

En la cause

Madame U_____, domiciliée , 1227 CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BOVAY Marianne — recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97,ccase postale 425, 1211 GENEVE 13 — intimé

Siégeant : Madame Maya CRAMER, Présidente, Mesdames Juliana BALDE et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Madame U_____, née le 1963 et mère de deux enfants aujourd'hui adultes, a travaillé en dernier lieu en tant que nettoyeuse aux ("établissement hospitalier").

2. Pour des raisons de santé, elle diminue son temps de travail à 50% dès janvier 2003. Elle est en arrêt total depuis le 10 novembre 2003.

3. Par demande reçue le 26 février 2004, l'intéressée requiert des prestations d'assurance-invalidité, en vue d'une rente.

4. Selon le rapport médical du 25 mars 2004 du Dr A_____, généraliste, sa patiente qu'il traite depuis 1998, souffre depuis cette date de lombalgies chroniques avec radiculopathie S1 droite chronique avec problème d'instabilité L4-L5. Depuis le 13 octobre 1999, elle présente régulièrement des périodes d'incapacité de travail oscillant entre 50 et 100%. Il annexe à son rapport ceux d'autres médecins consultés, ainsi que ceux relatifs aux examens médicaux, notamment des IRM, électromyographie et l'examen tomodensitométrique lombaire.

5. A la demande de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : OCAI), l'assurée fait l'objet d'une expertise par le Dr B_____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie. Dans l'appréciation du cas et le pronostic, l'expert mentionne ce qui suit :

> "Madame U_____ souffre de douleurs de la région de l'hémibassin droit et du membre inférieur droit qui ont été très largement investiguées depuis plusieurs années et ceci à répétition. Aucune lésion organique n'a pu être mise en évidence pour expliquer ce syndrome douloureux chronique qui perturbe la patiente dans sa vie quotidienne. On note par ailleurs une anamnèse de cervicalgies là également sans véritable explication lésionnelle. Il s'agit donc d'un tableau de douleurs chroniques persistantes sans explication organique et malheureusement sans amélioration malgré un suivi très complet par son médecin traitant.
>
> Lors de l'examen clinique, à deux reprises, la patiente a développé des épisodes durant quelques secondes, au cours desquels elle a présenté une occlusion des paupières associée à des petits tremblements des paupières supérieures et une perte de contact avec son entourage sans diminution du tonus musculaire, puisque ces épisodes sont survenus pour l'un d'entre

> eux en position debout et qu'ils n'ont entraîné ni chute, ni instabilité. Il n'y a eu lors de ces épisodes aucun mouvement tonicoclonique, ni morsure de langue, ni perte d'urine".

L'expert a ainsi constaté que l'examen n'a pas mis en évidence de limitations fonctionnelles objectives bien marquées. La patiente se décrit néanmoins incapable de toute activité physique même domestique. Toutefois, sur le plan rhumatologique, il n'existe pas d'incapacité de travail. L'expert a noté également que l'assurée, d'origine turque, est bien intégrée dans notre pays et s'exprime aisément en français. A son avis, une évaluation psychiatrique s'impose afin de mieux comprendre la problématique douloureuse persistante. Enfin, compte tenu des plaintes exprimées, il estime que l'assurée doit éviter des travaux nécessitant des positions statiques prolongées, notamment debout ainsi que le port de lourdes charges.

6. En novembre 2005 et janvier 2006, l'assurée a fait l'objet d'une expertise psychiatrique par la Dresse C_____. L'experte a diagnostiqué un épisode dépressif léger sans répercussion sur la capacité de travail. Il n'y a, au plan psychique et mental, aucune limitation de la capacité de travail.

7. Par décision du 25 avril 2006, l'OCAI a refusé à l'assurée tout droit à une rente, estimant qu'elle ne souffre d'aucune maladie invalidante au sens de la loi.

8. Par courrier du 24 mai 2006, l'assurée, représentée par son conseil, a formé opposition à cette décision, en concluant à son annulation et à l'octroi de prestations d'invalidité sous forme de reclassement professionnel ou sous forme de rente. A l'appui de son opposition, elle joint le certificat médical du 9 mai 2006 du Dr A_____, lequel atteste que sa patiente souffre d'une affection douloureuse du rachis depuis 1999, laquelle a entraîné des arrêts de travail intermittents de 1999 à 2003 et un arrêt total depuis le 10 novembre 2003. Elle a été suivie par le Dr D_____et a eu des consultations spécialisées (consultations de la douleur aux "établissement hospitalier"), traitements de physiothérapie ainsi que des traitements d'acupuncture. Elle présente en outre un état dépressif. Ce n'est qu'avec des grands efforts qu'elle peut effectuer des travaux de ménage. Le Dr A_____ déclare par ailleurs ce qui suit :

> "Au vu de la décision de refus d'octroi de prestations de l'AI, datée du 25.04.2006, je certifie que j'estime que cette décision erronée est totalement fallacieuse, Madame U_____ étant pratiquement dans l'impossibilité d'effectuer ses travaux ménagers habituels, dans l'incapacité totale d'effectuer son travail de nettoyeuse.

L'expertise rhumatologique est mensongère, prétendant qu'il n'y a aucune limitation fonctionnelle, alors que le Dr D_____évoquait une instabilité lombaire et qu'il existe une discopathie L4-L5 manifeste.

L'expertise psychiatrique minimise complètement l'impact de l'état dépressif sur la fatigue et la difficulté à entreprendre qui actuellement s'est aggravée et nécessiterait une prise en charge.

Une évaluation pour des mesures de réadaptation n'a en outre même pas été proposée".

9. Par décision sur opposition du 5 juillet 2006, l'OCAI rejette celle-ci en se fondant sur les expertises réalisées, auxquelles il attribue une pleine valeur probante.

10. Par acte du 6 septembre 2006, l'assurée représentée par son conseil, interjette recours contre cette décision, en concluant, à titre préalable, à ce qu'une contre-expertise psychiatrique soit ordonnée et, principalement, à l'octroi de mesures de reclassement professionnel. Subsidiairement, elle conclut à l'allocation d'une rente d'invalidité. Elle fait état de problèmes de santé impliquant des douleurs violentes dans le dos et les jambes depuis 1995 qui ont provoqué toute cessation d'une activité lucrative. Les examens médicaux ont mis en évidence une affection médicale chronique évoluant depuis treize ans. Les nombreux soins entrepris pour remédier à son état de santé déficient n'ont apporté aucune amélioration. Depuis plus de deux ans, elle est en outre traitée par des anti-dépresseurs. Son médecin traitant atteste qu'elle a de la peine à effectuer ses travaux ménagers usuels et qu'elle n'est plus en mesure d'exercer son métier de nettoyeuse. Selon la recourante, il n'est pas contesté qu'elle souffre d'une affection médicale. Seul est litigieux l'intensité de l'affection médicale et son influence sur la capacité de gain. Quant à l'expertise du Dr B_____, elle reproche à l'expert d'avoir minimisé la radiculopathie S1 chronique et d'avoir passé sous silence les conséquences d'une telle pathologie. Elle conteste en outre qu'elle ne présente aucune limitation fonctionnelle et ainsi aucune incapacité de travail pour raison somatique. En outre, les douleurs chroniques persistantes sans explication organique et sans amélioration malgré un traitement très suivi de son médecin traitant démontrent une réelle incapacité de travail ou au moins partielle. Elle estime en outre que le problème d'occlusion des paupières observé par le Dr B_____ ne saurait être qualifié de bénin. Ainsi, elle considère que l'expertise de ce médecin n'est pas suffisamment fouillé, tout en admettant qu'elle est complète. Elle estime également qu'elle est contradictoire par rapport aux constatations de l'expert. Par ailleurs, celui-ci aurait dû proposer une mesure de réadaptation. S'agissant de l'expertise de la Dresse

C_____, elle reproche à l'experte d'avoir minimisée la thymie dépressive et de ne pas avoir repris ses plaintes qui évoquent le fait que les douleurs empoisonnent sa vie, la rendent irritable et triste avec pour conséquence l'éloignement de sa famille. La Dresse C_____ ne reprend pas non plus son sentiment d'avoir tout perdu, se sentant enfermée et solitaire avec des troubles du sommeil. Par ailleurs, dans la qualification de son état dépressif, elle ne se réfère à aucune classification existante et ne justifie pas son appréciation par des critères objectivables. L'expertise est fondée sur une impression totalement subjective, de l'avis de la recourante. Celle-ci conteste également la pertinence du questionnaire de BECK, dont le score a été mal évalué. Pour ces raisons, la recourante dénie à l'expertise psychiatrique toute valeur probante. Elle se prévaut en outre de ce que les critères devant faire l'objet d'une évaluation selon la jurisprudence en la matière n'ont pas été examinés.

11. Dans sa réponse au recours du 18 septembre 2006, l'intimé conclut à son rejet, sur la base des expertises des Drs B_____ et C_____. De l'avis de l'intimé, la situation médicale est parfaitement élucidée et tous les problèmes de santé présentés par le recourante ont été pris en considération.

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 fédérale 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 du cas d'espèce est ainsi établie.

3. Le recours ayant été déposé dans les forme et délai imposés par la loi, il est recevable en vertu des art. 56ss LPGA.

4. 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, (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 ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

5. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, 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; 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 125 V 261 consid. 4 et les références).

6. 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).

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)

7. En l'occurrence, la recourante a fait l'objet d'une expertise rhumatologique et d'une expertise psychiatrique. Il convient de considérer que ces expertises remplissent les critères jurisprudentiels susmentionnés pour leur reconnaître une pleine valeur probante. En effet, elles sont fondées sur une étude de tous les points litigieux, des examens complets et prennent en considération les plaintes exprimées par l'expertisée. Elles reposent également sur une pleine connaissance de l'anamnèse. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Enfin, leur conclusions sont également bien motivées.

   Concernant l'expertise du Dr B_____, la recourante reproche cependant à celui-ci d'avoir passé sous silence la radiculopathie S1 chronique ainsi que la protrusion discale L4-L5. Il n'en demeure pas moins que l'expert a conclu, en toute connaissance de cause, que ces affections n'engendrent, d'un point de vue objectif, aucune limitation fonctionnelle. Il a ainsi estimé que ces affections n'ont pas d'influence sur la capacité de travail. A cet égard, il est à relever que le rapport relatif à l'examen de résonance magnétique cervicale du 11 décembre 2003 du Dr Bernard SARBACH mentionne dans sa conclusion que la discopathie C5-C6 est tout à fait débutante. Par ailleurs, les rapports de la charnière cervico-occipitale sont normaux, la moelle cervicale et la moelle dorsale supérieure jusqu'à D5 sont intactes, il n'y a pas de compression médullaire ni de lésions disco-vertébrales significatives. Enfin, les canaux de conjugaison sont libres et la structure osseuse est normale. Le Dr Olivier PLOJOUX a également attesté le 2 novembre 2003 qu'il n'y a aucune restriction médicale quant à l'exercice de la profession de nettoyeuse. Le Dr Paul DESJACQUES conclut dans son rapport adressé le 5 juin 2006 au Dr A_____ que "La clinique évoque une radiculopathie S1 D chronique mais sans signe de compression aigue. L'EMG ne met en évidence aucun signe de lésion dans les myotomes L5 et S1 D." Le 9 décembre 2002, le Dr D_____constate que le syndrome vertébral lombaire est pratiquement inexistant, à l'examen clinique, avec une légère limitation de la rétroflexion et

de la latéroflexion droite. Les radiographies lombaires montrent des atteintes dégénératives des deux derniers segments avec un rétrolisthésis modéré et une arthrose interapophysaire postérieure. Ces médecins confirment donc également les conclusions du Dr B_____.

Quant au phénomène de l'occlusion des paupières observée par cet expert, il n'engendre visiblement pas une limitation fonctionnelle. Peu importe dès lors son étiologie.

Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'a pas été posé. Toutefois, même dans cette hypothèse, il appert que les critères jurisprudentiels exposés ci-dessus ne sont pas remplis. En effet, la recourante ne présente pas de comorbidité psychique significative, en dehors d'un épisode dépressif léger qui doit être considéré comme réactionnel aux douleurs. Elles ne souffre pas non plus d'affections chroniques, à l'exception des douleurs qui n'ont pas pu être objectivées. Il n'est en outre pas établi qu'elle subit une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestions de la vie et qu'elle présente un état psychique cristallisé. Seul le critère d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable est donné, ce qui est cependant insuffisant pour reconnaître à un éventuel trouble somatoforme douloureux un caractère invalidant.

Partant, aucune invalidité au sens de la loi ne peut être retenue. Par conséquent, l'intimé ne devait pas non plus examiner si des mesures de réadaptation sont indiquées. En effet, aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, seuls les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit à de telles mesures.

8. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

9. La recourante qui succombe sera condamnée à un émolument de 200 fr. en vertu de l'art. 69 al. 1bis LAI, lequel est entré en vigueur le 1er juillet 2006.

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. Condamne la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr.

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

Pierre RIES — Maya CRAMER

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