RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4530/2005 **ATAS/644/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 11 juillet 2006

En la cause

Madame S_____	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

EN FAIT

Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente

Mesdames Doris WANGELER et Karine STECK, Juges

1. Madame S_____ (ci-après la recourante) née en 1950 au Maroc, est arrivée en Suisse à une date indéterminée. Sans formation professionnelle, elle a travaillé comme femme de ménage et aide hospitalière.

2. En raison de différents problèmes de santé, en particulier hématologiques, la recourante a déposé le 4 juillet 2001 une demande auprès de l'assurance-invalidité, visant l'octroi d'une rente.

3. L'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE (ci-après OCAI) a diligenté une expertise pluridisciplinaire auprès du CENTRE D'OBSERVATION MEDICAL DE L'AI (ci après COMAI), qui a rendu son rapport le 29 octobre 2004. Il en ressort que la recourante a souffert d'un purpura thrombopénique idiopathique en 2001, de céphalées chroniques, d'un probable état dépressif chronique, de dysesthésies de la main droite et d'une infection à EBV. Ces diverses affections ont généré des incapacités de travail ponctuelles et de courte durée. Une tuberculose ganglionnaire, diagnostiquée en décembre 2003, a été suivie d'un traitement et n'a eu aucune répercussion sur la capacité de travail. Les experts retiennent, ainsi, comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble somatoforme. Il n'y a aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Sur le plan psychique, la capacité de travail est entière.

4. Sur la base de cette expertise, l'OCAI a rendu une décision de refus de rente, le 13 juillet 2005. Suite à l'opposition de la recourante, l'OCAI a confirmé sa position par décision sur opposition du 29 juillet 2005.

5. La recourante agit par le biais de son médecin traitant, la Dresse A_____, en date du 19 décembre 2005. Celle-ci indique que si sa patiente va bien du point de vue somatique, du point de vue psychique, elle pleure fréquemment de sorte que le droit à l'AI doit être revu pour un 30 ou 40% au moins. Elle rappelle que sa patiente a subi plusieurs hospitalisations.

6. Dans sa réponse du 27 janvier 2006, l'OCAI conclut au rejet du recours et renvoie pour le surplus au dossier.

7. Le Tribunal a ordonné l'audition de la Dresse A_____ en qualité de témoin. Lors de son audition le 14 mars 2006, la Dresse a expliqué ce qui suit :

   "Ma patiente a souffert d'une thrombopénie massive, avec trois récidives. Il s'agit d'une chute du nombre de plaquettes dans le sang. Lorsque le traitement à la cortisone ne donne pas d'effet satisfaisant, comme dans le cas de ma patiente il faut enlever la rate, comme cela a été fait en 2001. Lors des crise, lorsque le taux de plaquettes est très bas, ce qui dure environ deux-trois mois les patients sont totalement incapables de travailler, en raison des grands risques d'hémorragies et du traitement à la cortisone à haute dose. J'avais estimé la reprise du travail possible dès l'automne 2001, cela n'a pas pu se concrétiser car ma patiente a eu de sérieux

problèmes conjugaux, qui ont généré un état dépressif, une grande fatigue, et une somatisation; durant cette période, j'ai reçu la patiente deux fois par mois pour soutien psychologique. A fin août 2001 je l'ai adressée à un ORL car elle présentait des ganglions, et début 2003 une tuberculose a été diagnostiquée et traitée dans les règles de l'art durant 6 mois environ. Fin 2002 elle a également souffert d'algus valgus aux deux pieds ce qui a généré une opération en 2003 puis en 2004. Il faut préciser que postérieurement à l'expertise du COMAI j'ai dû l'adresser à un gastro-entérologue en raison de diarrhées et de constipations en alternance. Celui-ci a diagnostiqué une tumeur carcinoïde du rectum qui a nécessité une opération en novembre 2004. A la question de savoir quelle est la capacité de travail actuelle de ma patiente, je dirais, sur le plan somatologique qu'elle est de 100 % mais je l'estime à 50 % en raison du mal-être que ma patiente ressent et des troubles psychiques qu'elle ressent et pour lesquels elle est toujours en traitement".

La recourante a expliqué avoir travaillé comme aide-soignante et femme de ménage à temps partiel, de fin 1992 à fin 1995. Elle a perçu ensuite des indemnités de chômage, puis en raison de problèmes personnels, notamment avec son mari, elle est tombée malade, en 1998.

A l'issue de l'audience, la représentante de l'OCAI s'est dit d'accord d'examiner avec ses collègues de l'office valaisan, vu le domicile actuel de la recourante, si une solution pratique pouvait être envisagée (de type aide au placement).

8. Par pli du 19 avril 2006, l'OCAI a indiqué que tel n'était pas le cas. Au vu, par ailleurs, des déclarations de la Dresse A_____ et du fait que le COMAI s'est exprimé de façon complète sur les diverses atteintes à la santé de la recourante, il fallait constater que celle-ci n'a présenté que de courtes incapacités de travail excluant l'ouverture du droit à la rente.

9. Par pli du 19 mai 2006, le Tribunal a transmis cette écriture à la recourante et lui a fixé un délai au 17 juin 2006 pour retirer son recours et pour indiquer les motifs de son maintien.

10. En l'absence de réactions de la recourante, les parties ont été informées le 22 juin 2006 que la cause était 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. 56V al. 1 let. a 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) 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 la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, 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). C'est pourquoi les procédures introduites après le 1er janvier 2003 devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

4. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA)

5. Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

   L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins, selon l'art. 28 al. 1 LAI. Quant au droit à la rente, il prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins, ou a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 29 al. 1 LAI).

6. 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).

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).

Selon la jurisprudence du TFA, le médecin traitant a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise, en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001 p. 109 consid. 3b/bb). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67).

Par ailleurs, en ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le TFA a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive.

Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine ; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

7. En l'espèce, le Tribunal constate que l'état de santé de la recourante a fait l'objet d'une appréciation globale et complète. Le rapport du COMAI a toute valeur probante, selon les critères susmentionnés, de sorte que ses conclusions seront suivies, bien qu'elles diffèrent partiellement de celles du médecin traitant, pour les raisons également exposées ci-dessus.

   Il apparaît ainsi que la recourante a certes souffert de plusieurs affections successives ayant généré plusieurs opérations chirurgicales ainsi que certains arrêts de travail. Toutefois, ceux-ci ont toujours été limités dans le temps et l'ensemble de la problématique médicale a pu trouver une solution par la voie chirurgicale ou médicamenteuse. La Dresse A_____ elle-même, lors de son audition, a qualifié la capacité de travail de sa patiente, sur le plan purement somatique, d'entière, précisant que la capacité de travail lui semblait limitée à hauteur de 50% pour des raisons psychiques. Or, il ressort du dossier et en particulier de l'expertise du COMAI mais également des propos de la recourante que l'état dépressif chronique, qualifié d'ailleurs de probable et non de certain, n'est pas une affection psychique en soi mais la conséquence de différentes difficultés de vie, en particulier de difficultés conjugales. Au vu de la jurisprudence susmentionnée, ces facteurs psychosociaux ne sont pas du ressort de l'AI.

8. Par conséquent, c'est à juste titre que l'OCAI a refusé tout droit à la rente à la recourante. Le recours ne peut être que rejeté.

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. Dit que la procédure est gratuite.

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	Isabelle DUBOIS

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