RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4645/2006 **ATAS/348/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 27 mars 2007

En la cause

Madame D_____, domiciliée à CHATELAINE - GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître NANCHEN Henri	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97 à GENEVE	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame D_____, née le 1953, de nationalité française, est venue en Suisse dès janvier 2000.

   Elle a été engagée par X_____ SA du 28 février 2000 au 9 novembre 2001 par l'intermédiaire de ADECCO en qualité d'ouvrière. Elle s'est ensuite inscrite auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI (ci-après OCE) dès le 16 novembre 2001. Le Dr LIENGME, psychiatre, médecin-conseil de l'OCE, a indiqué le 19 février 2004 que son état de santé actuel était encore insuffisamment amélioré pour permettre d'entrevoir une capacité de reprise prochaine.

   Elle a déposé le 4 novembre 2004 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à l'octroi d'une rente. Elle allègue souffrir d'atteintes neurologiques dues au fait qu'elle avait travaillé dans une usine traitant de produits toxiques, Y_____, en France, de 1987 à 1992.

2. Dans un rapport adressé à l'OCAI le 1er décembre 2004, son médecin traitant, le Dr A_____, spécialiste FMH en neurologie, a diagnostiqué un état anxio-dépressif depuis février 2004, a considéré que sa patiente était incapable de travailler à 100% depuis le 1er avril 2004 et a indiqué que l'état de santé était stationnaire. Il a précisé qu'après avoir subi des investigations très complètes à la clinique de neurologie en juin 2004 en raison d'hypersignaux à l'IRM cérébrale, aucune maladie neurologique n'avait été mise en évidence.

   Dans l'annexe au rapport médical relative à la réinsertion professionnelle, le Dr A_____ a déclaré que l'assurée pouvait travailler à 50% dans l'activité exercée jusqu'à maintenant, pour autant qu'un aménagement de son poste de travail puisse être effectué. Il a ajouté qu'on pouvait exiger d'elle qu'elle exerce une autre activité à 50% comme buraliste, en étant attentif à lui "éviter la fatigue".

3. Dans un rapport du 6 décembre 2005, le Dr B_____, spécialiste FMH en angiologie, a fait état de varices des membres inférieurs depuis 1990 probablement et de lipo-lymphoedème modéré des membres inférieurs depuis les grossesses probablement. Le médecin a indiqué qu'il n'avait examiné cette patiente qu'une seule et unique fois le 11 novembre 2005. Il lui avait recommandé de se faire opérer (stripping) et précise que ce dont elle souffre peut être parfaitement bien compensé par le port régulier de bas élastiques.

4. Un examen psychiatrique a été mené par le SERVICE MEDICAL REGIONAL AI (ci-après SMR) le 15 août 2006 par le Dr C_____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie. Le médecin a posé le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, de neurasthénie, s'accompagnant de quelques éléments dépressifs: trouble du sommeil, anhédonie relative, diminution de l'appétit et de la

libido, retrait social relatif et idées noires parfois. Il relève cependant que ces éléments ne sont pas limitatifs pour l'exercice d'une activité professionnelle. La fatigue est présente mais insuffisamment marquée pour être incapacitante. Il relève que l'assurée attribue son état à des "trous dans le cerveau". Il explique qu'en fait il s'agit d'hypersignaux à l'IRM cérébral qui ne sont pas à l'origine d'une atteinte fonctionnelle, puisqu'aucune maladie neurologique n'a été mise en évidence tel que l'explique le Dr A_____ dans son rapport du 28 novembre 2004.

En conclusion, il considère que l'assurée présente une capacité de travail exigible totale dans les activités exercées jusqu'ici comme dans une autre activité et que l'on peut raisonnablement exiger d'elle qu'elle fournisse l'effort de surmonter sa fatigue.

5. Dans un projet de décision du 4 octobre 2006, l'OCAI a informé l'assurée que selon l'examen réalisé par le SMR, elle ne présentait pas de pathologie invalidante ni sur le plan somatique ni sur le plan psychiatrique, et que dès lors sa demande était rejetée.

6. L'assurée a fait part de sa désapprobation et a produit les pièces médicales suivantes:

   - un courrier du Dr A_____ du 6 octobre 2006, selon lequel celui-ci atteste suivre régulièrement la patiente pour un état anxio-dépressif sévère persistant.

   - des certificats du même médecin des 23 mars 2005 et 6 octobre 2006, aux termes desquels elle est incapable de travailler à 100% du 1er au 31 mars 2005 et du 1er septembre au 30 novembre 2006.

   - un rapport du service de neurologie des "établissement hospitalier" adressé au Dr A_____ le 10 juin 2004, établi à la suite d'une hospitalisation du 25 mai au 1er juin 2004. Les Drs D_____ et E_____ ont diagnostiqué un état anxio-dépressif et une hémicrânie gauche d'origine indéterminée. Ils rappellent que l'assurée a consulté pour la première fois un neurologue en 1994, qui a pratiqué une IRM cérébrale montrant plusieurs hypersignaux de la substance blanche de localisations diverses. Les investigations de routine effectuées à l'époque s'étaient révélées normales et les céphalées avaient été mises sur le compte d'une sensibilité à l'environnement et aux odeurs. Au vu de l'aggravation des symptômes, l'assurée a consulté le Dr A_____ en début d'année qui a mis en évidence une discrète parésie du membre supérieur droit et une hyperréflexie de l'hémicorps gauche. La ponction lombaire s'est révélée normale et l'IRM cérébrale a montré les mêmes anomalies de la substance blanche.

     Les Drs D_____ et E_____ ont constaté que la patiente présentait des céphalées de l'hémicrâne gauche associées à des paresthésies péri-buccales déclenchées par des stress mineurs ou certaines odeurs dans un contexte d'état anxio-dépressif avec importante apathie. Au vu de l'anamnèse sans antécédent

neurologique et du bilan effectué, ils ont indiqué n'avoir pas d'argument actuellement pour une maladie démyélinisante: IRM cérébrale montrant des lésions de la blanche peu compatibles, IRM médullaire normale, absence de névrite optique selon les confrères ophtalmologues, PEV dans la norme. Ils n'ont pas trouvé la cause des symptômes présentés par la patiente et il leur est apparu que l'état dépressif pourrait être responsable de certains de ses troubles notamment neuropsychologiques, raison pour laquelle une prise en charge leur a semblé nécessaire. Ils signalent à cet égard avoir proposé à la patiente de rencontrer le psychiatre pour avoir un avis. Celle-ci ne s'est cependant pas présentée au rendez-vous convenu. Ils prennent dès lors note qu'en accord avec le Dr A_____ un suivi sera fait en ambulatoire.

7. Invité à se déterminer le 6 novembre 2006, le Service médical régional AI (ci-après SMR) a constaté que la dépression importante constatée par le médecin traitant était en contradiction avec les observations du Dr C_____.

8. Par décision du 9 novembre 2006, l'OCAI a confirmé à l'assurée que sa demande de prestation AI était rejetée.

9. L'assurée, représentée par Maître Henri NANCHEN, a interjeté recours le 11 décembre 2006 contre ladite décision. Elle considère que la décision litigieuse n'est pas suffisamment motivée et viole son droit d'être entendu. Elle conclut dès lors principalement au renvoi de la cause à l'OCAI, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée, en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité. Elle produit encore un certificat du Dr A_____ établi le 30 novembre 2006 selon lequel elle souffre depuis février 2004 d'un état dépressif et présente une incapacité de travail de 100%.

10. Dans sa réponse du 29 janvier 2007, l'OCAI se réfère expressément à la décision litigieuse et conclut au rejet du recours.

11. Le 1er mars 2007, l'assurée constate que l'OCAI se contente de renvoyer aux pièces du dossier et sollicite dès lors l'audition de l'expert du SMR, entendant démontrer que l'expertise n'est pas conforme aux règles de l'art et n'a pas une force probante suffisante.

12. Ce courrier a été transmis à l'OCAI et 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).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

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).

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).

   Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 9 novembre 2006 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2004, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

   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 principalement sur la question de savoir si le droit d'être entendu de l'assurée a été violé, et subsidiairement, sur son droit à une rente d'invalidité.

6a. L'assurée soutient que la décision litigieuse n'est pas suffisamment motivée, et que dès los son droit d'être entendu a été violé.

6b. Dans une jurisprudence constante, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a retenu qu'il était "conforme aux principes généraux d'un Etat de droit, en particulier au principe du droit d'être entendu, que les motifs d'une décision soient connus de l'intéressé. En effet, dans l'ignorance des faits et des normes de droit qui ont été déterminants pour l'autorité ayant rendu la décision, l'intéressé ne peut souvent pas se faire une idée de la portée de cette décision (ATF 101 Ia 49, consid. 3; 98 Ia 464,

consid. 5a). Il ne peut apprécier judicieusement les arguments pour ou contre un recours et ne peut, le échéant, pas attaquer la décision de la manière qui convient. Il en résulte que l'intéressé doit demander un supplément d'informations à l'administration ou former un recours provisoire, afin d'apprendre par ce moyen, quels ont été les motifs de la décision" (RCC 1990 p. 420).

Le TFA a eu l'occasion de juger qu'une caisse de compensation avait violé le droit d'être entendu d'un assuré parce qu'elle s'était bornée à motiver la réduction d'une allocation pour impotent par ces simples mots: "diminution de l'impotence". Le TFA a en effet considéré que dans ce cas, l'assuré n'avait pas pu, en se fondant sur cette déclaration de la caisse, voir en quoi son impotence avait diminué (RCC 1983 p. 538).

6c. En l'espèce, l'OCAI, dans sa décision du 9 novembre 2006 dont est recours, s'est expressément référé à l'examen psychiatrique réalisé au SMR, rappelant que selon cet examen, l'assurée ne présentait pas de pathologie invalidante, ni sur le plan somatique ni sur le plan psychiatrique, ainsi que sur l'avis du SMR daté du 6 novembre 2006.

6d. Force est de constater que la décision de l'OCAI est ainsi suffisamment motivée, dans la mesure où l'assurée peut clairement comprendre pour quelle raison sa demande a été rejetée. On ne saurait à cet égard reprocher à l'OCAI de ne pas reprendre toutes les constatations figurant dans le rapport du SMR.

7. L'assurée conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

8. 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).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente si le taux d'invalidité atteint 40% au moins, à une demi-rente s'il atteint 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il atteint 60% et à une rente entière s'il atteint 70% au moins.

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).

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. Il y a lieu de rappeler à ce stade que lorsqu'il apprécie 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).

11. En l'espèce, le Dr A_____ a diagnostiqué un état dépressif depuis février 2004, étant précisé que les investigations auxquelles il avait fait procéder avaient écarté toute maladie neurologique. Dans son rapport du 1er décembre 2004, il a évalué l'incapacité de travail de sa patiente à 100%; dans l'annexe à ce rapport cependant, il a indiqué qu'elle pouvait exercer une activité adaptée, soit "en évitant la fatigue", à 50%.

    Les médecins du SMR ont également relevé la présence de quelques éléments dépressifs, mais ont considéré que l'on pouvait raisonnablement exiger de l'assurée qu'elle fournisse l'effort de surmonter sa fatigue.

    Il y lieu de constater que le rapport du SMR se fonde sur un examen clinique complet et prend en considération les plaintes exprimées par la recourante. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. Les médecins se sont déterminés sur l'évolution de l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail exigible et ont dûment motivé leur point de vue. En conséquence, il remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3a).

    Le Tribunal de céans considère dès lors qu'il n'y a pas lieu d'entendre les médecins du SMR.

    Les indications fournies par le Dr A_____ ne permettent au demeurant pas de douter du bien fondé de leurs conclusions, ni a fortiori de s'en écarter.

    A noter à cet égard que le 6 octobre 2006, le Dr A_____ fait état, pour la première fois, d'un état anxio-dépressif sévère persistant, sans pour autant signaler une aggravation de l'état de santé. Le 30 novembre 2006 en revanche, il ne mentionne à nouveau qu'un état dépressif.

    Les constatations faites par les Drs D_____ et E_____ des "établissement hospitalier" rejoignent du reste celles des médecins du SMR. Ils ont plus particulièrement relevé que l'état dépressif pourrait être responsable de certains troubles dont souffre l'assurée. Or, force est de constater à cet égard que l'assurée ne consulte pas de spécialiste en psychiatrie.

Aussi les conclusions des médecins du SMR doivent-elles être suivies, en ce sens qu'un effort pour exercer une activité lucrative peut raisonnablement être exigé de l'assurée.

Le recours est dès lors 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

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