REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/674/2007 **ATAS/674/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 13 juin 2007

En la cause

Madame A_____, domiciliée , SATIGNY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître OCHSNER Pierre	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Florence BRUTSCH et Bertrand REICH, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____, née le 1955, mariée, mère de deux enfants, a travaillé à la Poste au tri du courrier depuis le 4 novembre 1985, à raison de vingt-deux heures trente par semaine.

2. Souffrant de fibromyalgie ainsi que d'un état dépressif, l'intéressée a subi diverses incapacités de travail en 2000 et 2001. Depuis le 2 décembre 2002, elle est en incapacité totale de travail.

3. Le 7 mai 2003, l'intéressée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), visant à un reclassement dans une nouvelle profession.

4. Dans un rapport adressé à l'OCAI en date du 16 mais 2003, le Dr A1_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a posé les diagnostics de fibromyalgie et d'état dépressif. Concernant la capacité de travail, il a indiqué ne pas pouvoir se prononcer et s'est référé au Dr B_____, médecin traitant.

5. Le Dr B_____, spécialiste FMH en médecine générale, a établi un rapport à l'attention de l'OCAI. Il a indiqué que la patiente souffrait de fibromyalgie et d'état dépressif, affections pour lesquelles elle est en arrêt de travail à 100% depuis le 2 décembre 2002. Il a précisé qu'il n'y a pas de constatations objectives autres que le déclenchement d'algies à la pression. Dans l'annexe au rapport médical concernant la réinsertion professionnelle, le Dr B_____ a indiqué que l'activité exercée jusqu'à maintenant n'était plus exigible, car la patiente présente une diminution de rendement de 100%. On ne pouvait exiger de l'assurée qu'elle exerce une autre activité.

6. Le Service médical régional AI SMR Suisse romande (ci-après SMR) a procédé en date du 27 octobre 2005 à un examen psychiatrique conduit par le Dr D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et à un examen rhumatologique effectué par le Dr C_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation. Dans son rapport du 15 décembre 2005, le SMR a retenu les diagnostics de fibromyalgie probablement secondaire, de troubles dégénératifs du rachis lombaire associés à une discarthrose L3-L4, L4-L5, L5-S1 et une micro-instabilité, ainsi qu'un épisode dépressif léger avec syndrome somatique, sans répercussion sur la capacité de travail. L'examen clinique a permis de mettre en évidence des signes de non-organicité : sur le plan ostéo-articulaire, la mobilité est conservée au niveau de tous les segments, mais décrite comme algique en fin de mouvement. Il n'y a pas de déficit radiculaire ou médullaire. Du point de vue psychiatrique, l'assurée présente une humeur dépressive et inconstante, le critère de l'épisode dépressif léger est discutable. Selon le SMR, la dépression dont souffre l'expertisée depuis l'automne 2003 a toujours été de degré léger. Il n'y a pas de

limitation fonctionnelle entraînant une incapacité de travail durable. En conclusion, l'assurée présente une capacité de travail totale dans son activité habituelle au tri postal, tant sur le plan physique que psychiatrique.

7. Par décision du 2 février 2006, l'OCAI a refusé l'octroi de prestations d'assurance en faveur de l'assurée, au motif que son atteinte à la santé ne permettait pas d'expliquer l'arrêt de travail prolongé et que sa capacité de travail est totale dans son activité habituelle au tri postal.

8. Le 16 février 2006, l'assuré a contesté cette décision.

9. Dans ses écritures complémentaires du 10 juillet 2006, l'assurée, représentée par son mandataire, a contesté l'appréciation du SMR quant au diagnostic psychiatrique et ses répercussions sur sa capacité de travail. Elle reproche au SMR de s'être contenté de procéder à un descriptif de son parcours de vie sans mettre les informations recueillies en perspective avec la mission d'expertise qui, dans les cas d'une symptomatique douloureuse, consiste surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée dispose des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Elle considère que le rapport du SMR n'a pas force probante.

10. Par décision sur opposition du 22 janvier 2007, l'OCAI a rejeté l'opposition, considérant que l'expertise du SMR répond entièrement aux critères propres à lui conférer une pleine valeur probante.

11. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assurée interjette recours en date du 23 février 2007. Elle conteste les conclusions du SMR et se réfère aux rapports des Dr B_____ et A1_____, qui ont posé les diagnostics de fibromyalgie et d'état dépressif. Elle fait valoir que ses algies ostéo-articuilaires ont des répercussions importantes sur sa capacité de travail, dans la mesure où elle n'est plus à même d'exercer son activité, ainsi que l'attestent les Dr E_____ et F_____ Cette impossibilité de travailler a été par ailleurs reconnue par le Service médical de la Confédération : elle a été mise au bénéfice d'une retraite anticipée totale dès le 1er septembre 2004 et perçoit une rente d'invalidité de la Caisse de pension de La Poste.

12. Dans sa réponse du 20 avril 2007, l'OCAI conclut au rejet du recours, considérant que les arguments soulevés par la recourante ne lui permettent pas de faire une appréciation différente du cas.

13. Cette écriture a été communiquée à la recourante en date du 24 avril 2007. 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 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 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 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 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. Le litige consiste à déterminer si la recourante présente des atteintes à la santé ouvrant droit à une rente de l'assurance-invalidité.

5. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

   Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels..

   Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de

l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

6. 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. En outre, dans un arrêt du 8 février 2006 (I 336/04), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50).

Au nombre des critères dégagés par jurisprudence permettant de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan 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 traitements), 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. En outre, il est admis que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (cf. notamment ATFA non publié du 28 juin 2005, I 524/04).

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 sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 et les références citées).

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 TFA, 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 et les références citées).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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 sont raisonnablement exigibles de la part 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 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).

Enfin, 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).

8. En l'occurrence, en présence des diagnostics de fibromyalgie et d'état dépressif, l'OCAI a ordonné, à juste titre, un examen bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique.

Les médecins du SMR ont constaté que la recourante présentait des troubles dégénératifs du rachis lombaire associés à une discarthrose, une micro-instabilité, une fibromyalgie probablement secondaire et un épisode dépressif léger avec syndrome somatique. La mobilité ostéo-articulaire est conservée, il n'y a pas de déficit radiculaire ou médullaire. En revanche, des signes de non organicité ont été relevés. Sur le plan psychiatrique, l'humeur dépressive est inconstante, un léger ralentissement psychomoteur est relevé, il n'y a pas d'idées de mort ou de suicide ni de sentiments de culpabilité. La recourante ne présente pas de trouble cognitif, ni psychotique, le retrait social est partiel et la projection dans l'avenir est conservée. La symptomatologie dépressive est une conséquence et un phénomène d'accompagnement des douleurs décrites par l'assurée. Dans leurs conclusions, les médecins du SMR mentionnent que les limitations fonctionnelles ostéoarticulaires sont liées au rachis lombaire, à savoir : absence de port de charges supérieures à 10 kg de façon répétitives, absence de position statique prolongée en antéflexion ou en porte-à-faux du tronc, possibilité de varier les positions toutes les heures. Il n'y a aucune limitation fonctionnelle psychiatrique. En conséquence, la capacité de travail est totale dans son activité habituelle au tri postal, car les limitations fonctionnelles établies ont un caractère préventif et sont facilement respectables dans son activité habituelle.

La recourante conteste les conclusions du SMR, se référant à l'avis des Dr B_____ et G_____, aux termes desquels elle est totalement incapable de travailler.

Le Tribunal de céans n'a cependant aucune raison de s'écarter des conclusions du SMR, dont le rapport remplit toutes les exigences de la jurisprudence pour se voir attribuer pleine valeur probante ; en effet, il comporte une anamnèse et une description de la situation médico-sociale détaillée, les médecins ont procédé à des examens complets, ils ont pris en compte les plaintes de la recourante, enfin, l'appréciation médicale et les conclusions sont dûment motivées.

Les médecins cités par la recourante ne font pas état d'autres atteintes à la santé que celles observées par le SMR et l'appréciation divergente quant à la capacité de travail, émanant notamment du médecin traitant, n'emporte pas la conviction du Tribunal de céans, au regard de la jurisprudence citée supra.

9. Mal fondé, le recours est rejeté.

10. Au vu de l'issue du litige, un émolument de 200 fr. est mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI, en vigueur dès le 1er juillet 2006).

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
Sylvie CHAMOUX	Juliana BALDE

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