

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/982/2010

ATAS/835/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 18 août 2010

En la cause

Madame E _____, domiciliée à VERSOIX

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Evelyne
BOUCHAARA, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame E_____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1973, originaire du Kosovo, mariée, mère de trois enfants, a effectué une formation de couturière dispensée par l'Hospice Général. L'assurée, qui n'a jamais travaillé en Suisse, a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité (ci-après: OAI) en date du 1^{er} décembre 2004, visant l'octroi d'une rente.
2. Dans un rapport adressé à l'OAI en date du 10 décembre 2004, le Dr L_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a diagnostiqué un syndrome fibromyalgique depuis 2001 et un état dépressif réactionnel, entraînant une diminution de rendement de 100%.
3. Dans un certificat du 8 septembre 2004, le Dr L_____ a indiqué qu'un travail était possible en évitant la station debout prolongée et en alternant les positions debout et assise. Le 7 mars 2006, il a estimé que l'assurée ne subissait aucune limitation fonctionnelle et que sa capacité de travail était totale.
4. Dans un rapport du 15 juin 2006, le Dr M_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et un trouble de la personnalité infantile depuis 2000, entraînant une incapacité de travail de 100% du 24 janvier 2001 au 31 juillet 2002, de 50% du 1^{er} juillet 2002 au 31 octobre 2003 et de 0% dès le 1^{er} novembre 2003.
5. L'OAI a mandaté le Service médical régional AI (ci-après : SMR) pour un examen psychiatrique.
6. Dans son rapport du 3 janvier 2008, la Dresse N_____ n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Selon le SMR, l'épisode dépressif réactionnel sévère sans symptôme psychotique en rémission et la fibromyalgie étaient ainsi sans répercussion sur la capacité de travail, qui était de 100% depuis toujours.
7. Par décision du 27 mars 2008, l'OAI a refusé l'octroi de prestations à l'intéressée au motif qu'elle ne présentait aucune limitation tant sur le plan psychiatrique que somatique.
8. L'assurée, représentée par FORUM SANTE, a interjeté recours en date du 7 avril 2008 au motif que les Drs L_____, M_____ et O_____ étaient d'avis qu'elle était en totale incapacité de travail. Elle s'est référée à un rapport médical établi en date du 2 avril 2008 par le Dr L_____, aux termes duquel un diagnostic de syndrome fibromyalgique avait été posé à l'époque, mais depuis lors, la patiente avait présenté des douleurs polyarticulaires invalidantes ayant motivé la poursuite des investigations. Un bilan biologique avait alors montré un

syndrome inflammatoire; la clinique et les anomalies de laboratoire avaient permis de retenir le diagnostic de polyarthrite séropositive, avec introduction d'un traitement de méthotrexate. En l'état actuel, sa patiente était dans l'incapacité d'exercer une quelconque activité professionnelle. Selon la recourante, c'était par erreur que le diagnostic de fibromyalgie avait été posé au départ et la question de l'incapacité de travail devait par conséquent être revue sous un angle rétroactif. Elle a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et à la mise en place d'une expertise spécialisée, subsidiairement, de lui reconnaître une invalidité de 100%, le tout sous suite de dépens.

9. La recourante a ensuite adressé au Tribunal de céans un rapport médical du 5 avril 2008 établi par le Dr M_____, aux termes duquel elle était atteinte de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques et attestant qu'à l'état actuel, son incapacité de travail globale, physique et psychique, était entière.
10. Dans sa réponse du 19 juin 2008, l'OAI, se fondant sur un rapport du SMR du 6 juin 2008, a sollicité que le Dr L_____ communique copie de tous les examens paracliniques effectués ces derniers temps ainsi qu'une évolution de l'anamnèse et du status de cette assurée depuis mars 2006. S'agissant du rapport du Dr M_____ du 5 avril 2008, les éléments apportés ne permettaient pas de modifier sa position.
11. Le 21 août 2008, la recourante a fait parvenir au Tribunal de céans un rapport établi en date du 12 août 2008 par le Dr L_____, selon lequel elle présentait une biologie perturbée depuis 2006 et attestant que devant l'échec du traitement antidépresseur, il avait introduit depuis fin novembre 2007 un traitement antirhumatismal de méthotrexate qui avait permis une nette amélioration de la symptomatologie douloureuse. En définitive, sa patiente présentait une polyarthrite rhumatoïde séropositive avec syndrome fibromyalgique secondaire, améliorée par un traitement de méthotrexate. Une activité professionnelle ne pouvait s'envisager que dans un emploi adapté à son handicap.
12. Invité à se déterminer, l'OAI a conclu à l'admission partielle du recours et au renvoi du dossier à l'administration pour instruction complémentaire, afin de réactualiser l'évaluation de l'atteinte à la santé et ses répercussions sur la capacité de travail, admettant que le diagnostic de fibromyalgie n'était pas correct.
13. Par arrêt du 8 octobre 2008, le Tribunal de céans a partiellement admis le recours, annulé la décision de l'OAI du 27 mars 2008 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
14. Le 26 janvier 2009, la mandataire de l'assurée a adressé un courrier à l'OAI dans lequel elle a notamment expliqué que sa mandante souffrait d'importants effets

secondaires aux traitements médicamenteux de la polyarthrite rhumatoïde, soit un manque de fer et de globules rouges, de même qu'une perte de ses cheveux.

15. Le 23 mars 2009, l'OAI a demandé une expertise pluridisciplinaire rhumatologique et psychiatrique. Celle-ci a été réalisée au bureau romand d'expertises médicales (ci-après: BREM) le 17 septembre 2009 par les Drs P_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, et Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Les experts ont retenu une absence d'atteinte à la santé tant sur le plan psychiatrique que somatique ayant des répercussions sur la capacité de travail. Ils ont retenu comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail: une polyarthrite séronégative, une rhino-conjonctivite allergique, un status après déchirure du ménisque interne droit, une dysthymie et un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission. En définitive pour les experts, il n'y a pas de limitation de la capacité de travail en l'absence de toute limitation fonctionnelle tant somatique que psychiatrique.
16. Se basant sur cette expertise et sur un avis médical du SMR du 14 janvier 2010, l'OAI a, par décision du 24 février 2010, refusé l'octroi de prestations à l'intéressée au motif qu'elle ne présente aucune limitation tant sur le plan psychiatrique que somatique.
17. L'assurée a recouru contre cette décision en date du 18 mars 2010. Elle considère ne pas être, sur le plan psychique, capable de travailler et a joint à son recours un rapport du Dr M_____ daté du 5 mars 2010, aux termes duquel ce dernier conteste le diagnostic du trouble dépressif récurrent en rémission, ainsi que les conclusions de l'absence durable de toutes limitations fonctionnelles. Selon le psychiatre, l'incapacité de travail globale de sa patiente à l'état actuel reste entière et il propose d'objectiver et de quantifier ces limitations fonctionnelles psychiques et physiques par un stage d'observation professionnelle de plusieurs mois. La recourante conclut à la reconnaissance d'une invalidité totale et, subsidiairement, à la mise en place d'un stage d'observation professionnelle de plusieurs mois.
18. Dans sa réponse du 30 avril 2010, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, rappelant que l'expertise du BREM doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Selon l'avis du SMR daté du même jour, l'avis du Dr M_____ n'amène pas d'élément parlant en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée ou d'une nouvelle atteinte. Il s'agit d'une interprétation différente émanant du médecin traitant et cette interprétation différente ne peut modifier les conclusions de l'expertise du BREM du 17 septembre 2009 et les conclusions du SMR du 14 janvier 2010.
19. La réponse de l'OAI et son annexe ont été communiquées à la recourante le 4 mai 2010. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), 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 ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable. Sur le plan matériel, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant rappelé que le juge n'a pas à prendre en compte les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 446 consid. 1.2.1 ; 129 V 4 consid. 1.2).

Lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente, il y a lieu d'appliquer le principe général de droit transitoire, selon lequel – même en cas de changement des bases légales – les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. Aussi, le droit à une rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références ; voir aussi ATF 130 V 329).

3. Le recours, interjeté en temps utile et dans la forme requise, est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 LPA ; RS E 5 10)).
4. Le litige porte sur le droit éventuel de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. 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 (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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'assurée sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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).

En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins (let. c).

Il y a interruption notable de l'incapacité de travail lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29^{ter} RAI).

L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% 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.

6. 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. 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).

7. En l'espèce, une expertise pluridisciplinaire rhumatologique et psychiatrique a été réalisée au BREM le 17 septembre 2009 par les Drs P_____ et Q_____.

Au terme de leur analyse, les experts ont retenu une absence d'atteinte à la santé tant sur le plan psychiatrique que somatique ayant des répercussions sur la capacité de travail. Ils ont retenu comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail: une polyarthrite séronégative, une rhino-conjonctivite allergique, un status après déchirure du ménisque interne droit, une dysthymie et un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission.

En définitive pour les experts, il n'y a pas de limitation de la capacité de travail en l'absence de limitation fonctionnelle tant somatique que psychiatrique.

8. La recourante conteste cette expertise et considère ne pas être, sur le plan psychique, capable de travailler.

Le Dr M_____, son psychiatre traitant depuis le mois de janvier 2001, est du même avis et conteste le diagnostic du trouble dépressif récurrent en rémission, ainsi que les conclusions de l'absence durable de toutes limitations fonctionnelles. Selon lui, l'incapacité de travail globale de sa patiente en l'état actuel reste entière et il propose d'objectiver et de quantifier ces limitations fonctionnelles psychiques et physiques par un stage d'observation professionnelle de plusieurs mois.

Il y a donc en l'occurrence une divergence d'avis entre les experts du BREM et le psychiatre traitant de l'assurée.

9. 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 plus particulièrement 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Le but de l'expertise pluridisciplinaire est quant à lui d'obtenir une collaboration entre différents praticiens et d'éviter les contradictions que pourraient entraîner des examens trop spécialisés, menés indépendamment les uns des autres. En effet, il convient de s'attacher à la discussion globale menée par les experts plutôt qu'aux rapports forcément sectoriels et limités des différents spécialistes consultés en cours d'expertise (ATFA non publiés du 13 mars 2006 [I 16/05] et du 4 juillet 2005 [I 228/04]).

Selon la jurisprudence, le juge ne doit, en principe, pas s'écarter sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci ne remplit pas les conditions nécessaires à lui reconnaître toute valeur probante (elle contient des contradictions ou est incomplète). En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 290 consid. 1b; ATF 112 V 32 et les références).

10. En l'espèce, le Tribunal de céans relève que le BREM a procédé à un examen complet et minutieux de l'état de santé de la recourante. Pour ce faire, les experts se sont appuyés sur l'entier du dossier, notamment sur les rapports des médecins ayant examiné la patiente auparavant, sur le dossier radiologique et sur les bilans sérologiques, de sorte qu'on ne peut que constater que leur rapport se base sur un dossier bien étayé.

Une anamnèse complète a été réalisée et le rapport d'une trentaine de pages est circonstancié. L'état de santé de la recourante a fait l'objet d'examens approfondis, ses plaintes ont été prises en compte et les experts du BREM sont parvenus à des conclusions claires.

Les experts ont procédé à une discussion et une appréciation du cas détaillée; ils ont expliqué de façon convaincante pour quelles raisons ils s'écartent de l'appréciation des médecins traitants quant à la capacité de travail exigible.

Tant sur le plan psychiatrique que somatique, les experts sont parvenus à la conclusion que la recourante ne présente aucune atteinte à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail. Seuls des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sont retenus, à savoir une polyarthrite séronégative, une rhino-conjonctivite allergique, un status après déchirure du ménisque interne droit, une dysthymie et un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission. Les experts

ont ainsi retenu une absence de limitation de la capacité de travail en l'absence de toute limitation fonctionnelle, cela d'un point de vue global.

Le rapport établi par le Dr M_____ n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions des experts. A ce propos, il convient de rappeler que 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. L'analyse du Dr M_____ est au demeurant particulièrement succincte.

Dans la mesure où l'opinion divergente du Dr M_____ n'est pas apte à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions des experts du BREM, il ne se justifie pas de mettre en place une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale ou d'un stage d'observation professionnelle de plusieurs mois.

11. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans se rallie aux conclusions des experts et retient que la recourante ne présente aucune atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail et de gain. Partant, elle n'a pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
12. Le recours, mal fondé, sera dès lors rejeté et la décision de l'OAI confirmée.
13. L'émolument, fixé à 200 frs, est mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. 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 ; RS 173.110); 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

Isabelle CASTILLO

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