

GE_GERICHTE A/304/2007 vom 18. Juli 2007

GE Cour de justice, 2007-07-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_304_2007

FR: GE_GERICHTE A/304/2007 du 18 juillet 2007

IT: GE_GERICHTE A/304/2007 del 18 luglio 2007

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 18.07.2007
A/304/2007

A/304/2007 ATAS/825/2007 du 18.07.2007 (AI) , REJETE Recours TF déposé le 14.09.2007, rendu le 04.07.2008, ADMIS, 9C_631/2007 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/304/2007 ATAS/825/2007 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 5 du 18 juillet 2007 En la cause Madame G_____, domiciliée , GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MATHEY-DORET Marc recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame G_____, née le 1961 et originaire du Portugal, a travaillé en dernier lieu comme employée de production à la boulangerie de la X_____ SA. Selon l'IRM pratiquée le 16 mars 2001, l'assurée présente un canal lombaire constitutionnel étroit, une dégénérescence discale L4-L5 avec discopathie modérée et herniation intraspongieuse, entrant dans le cadre d'une discarthrose et une hernie discale en L4-L5 appuyant sur la partie antérieure droite du fourreau dural et sur l'émergence de la racine L5. Dès le 8 octobre 2001, elle est en arrêt de travail et a été indemnisée, dans un premier temps, par l'assureur perte de gain, la SWICA. Dans sa lettre du 9 novembre 2001, la Dresse A_____, neurologue, indique à la Dresse B_____ que l'anamnèse et l'examen clinique mettent en évidence des cervicalgies et lombalgies chroniques associées à des brachialgies, des douleurs péri-articulaires (épaules, coudes, hanches, genoux et talons). Elle n'a pas constaté de déficit sensitivo-moteur net, hormis une faiblesse de préhension liée à des lâchages antalgiques, une hypoesthésie des trois premiers doigts de la main gauche, mais prenant également le bord externe de l'avant-bras et le bord supérieur du bras (territoire C6 gauche) et une hypoesthésie du membre inférieur droit selon L5. L'examen clinique révèle également de nombreux points de fibromyalgie et la palpation des muscles est sensible. Il n'y a pas d'argument en faveur d'une atteinte nerveuse périphérique aux membres supérieurs, ni en faveur d'une atteinte musculaire. Quant aux jambes, l'examen électroneuromyographique est normal, à l'exception de la présence de potentiels de repos dans les paraspinaux lombaires, probablement en relation avec la hernie discale L4-L5. Le 19 avril 2002, le Dr C_____, psychiatre, diagnostique un trouble anxieux dû à une affection médicale (fibromyalgie), un trouble dépressif lié à une affection médicale (fibromyalgie) et des troubles du sommeil à type insomnie dus à une affection médicale (fibromyalgie). Selon ce médecin, l'intéressée ne souffre pas de troubles somatoformes douloureux. Après consilium avec ses collègues, il estime qu'elle présente une incapacité de travail actuellement totale, sans amélioration notable à espérer dans l'avenir. Par demande reçue le 23 septembre 2002, l'intéressée requiert des prestations de l'assurance-invalidité en vue de l'obtention d'une rente. Selon le rapport du 2 octobre 2002 du Dr D_____, rhumatologue, l'assurée présente une fibromyalgie, un état anxio-dépressif, des lombalgies

chroniques sur troubles dégénératifs et une hernie discale L4-L5. Son incapacité de travail est totale dès le 8 octobre 2001. L'état est stationnaire et la capacité de travail ne peut pas être améliorée. Dans l'annexe à son rapport médical concernant la réinsertion professionnelle, il mentionne qu'aucune activité n'est exigible. A la demande de la SWICA, le Dr E _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, expertise l'intéressée. Dans son rapport du 26 septembre 2002, il diagnostique une névrose de compensation. Il relève que les plaintes sont énoncées sans émotions concordantes et sans mimique algique. L'expertisée considère son "statut de malade" comme acquis et définitif, aspect typique d'une névrose de compensation. Son discours est en totale discordance avec sa tenue, sa présentation et son aspect nonchalant. Il conclut ainsi à une capacité de travail totale. Le 31 octobre 2002, le Dr F _____, psychiatre, écrit au Dr G _____ que la patiente souffre d'un état dépressif sérieux et propose à ce dernier médecin de suivre le traitement de celle-ci, n'ayant pas une disponibilité suffisante pour le faire lui-même. Dans l'anamnèse, il expose que l'assurée a subi un choc à 17 ans, lorsque son père, avec lequel elle roulait en moto, a subi un accident et est mort dans ses bras. Elle a ressenti comme un deuxième grand traumatisme dans sa vie une fausse couche à quatre mois en 1991. Ces événements n'ont pas eu de suivi psychothérapeutique. L'état dépressif sérieux est en relation avec les deuils non traités. Dans son rapport médical du 27 novembre 2002, le Dr C _____ diagnostique une fibromyalgie, des lombalgies chroniques, des troubles anxieux, dépressifs et du sommeil. Sur le plan psychique, l'état va en s'aggravant. La capacité de travail est nulle, malgré les traitements prescrits, dans toute activité. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques annexé à son rapport, il répond par la négative à la question de savoir si des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale jouent un rôle dans l'affection actuelle. Les troubles psychiques de l'assurée ne sont pas non plus réactionnels à des événements de vie adverses et l'incapacité de travail est due à des affections physiques ou mentales uniquement. Le 15 janvier 2003, le Dr G _____ émet le diagnostic d'état dépressif sérieux, fibromyalgie, lombosciatalgie chronique sur hernie discale L4-L5 et certifie une incapacité de travail totale dès le 8 octobre 2001. La capacité ne peut pas être améliorée et une autre activité que celle exercée précédemment n'est pas exigible. Le 11 mars 2003, l'assurée est soumise à une expertise par le Dr H _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne. Dans son rapport du 17 mars 2003, l'expert diagnostique un syndrome douloureux chronique ubiquitaire compatible avec un syndrome somatoforme douloureux persistant, des cervico-lombalgies chroniques mécaniques sur troubles dégénératifs et statiques lombaires avec hernie discale L4-L5 médiane paramédiane droite en conflit avec la racine L5 droite et discopathies cervicales C4-C5 et C5-C6. Les plaintes cervico-lombaires sont corroborées et étayées par des constatations radiologiques objectives, selon l'expert. Toutefois, vu l'attitude de retrait et de résistance de l'expertisée à la mobilisation, l'examen clinique est difficilement interprétable. Il constate une discordance entre les constatations cliniques objectives et les douleurs ubiquitaires dont se plaint l'assurée. Les constatations cliniques somatiques ne permettent pas d'expliquer l'intégralité du tableau clinique qu'elle exprime. Elle présente par ailleurs 18 points douloureux de la fibromyalgie sur 18 à la palpation. Sur le plan somatique ostéo-articulaire, il estime que la capacité de travail de l'assurée est de 50 % dans l'ancienne activité. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 80 %. Son pronostic est réservé. Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 17 juin 2003, le Dr E _____ diagnostique des troubles anxieux et dépressifs mixtes. Il est de nouveau frappé par la discordance entre la mimique, la présentation de l'assurée et la description de ces algies

avec peu d'émotion. Il ne met pas en évidence un état dépressif patent, tout en admettant que sa thymie est abaissée. La capacité de travail est diminuée de 50% sur le plan psychique et cette comorbidité peut être qualifiée de moyenne importance. Son pronostic est réservé au vu du long arrêt de travail et des traits de névrose de compensation relevés lors de son premier examen. Une réadaptation professionnelle n'entre pas en ligne de compte. Une IRM pratiquée le 29 août 2003 met en évidence une ébauche d'hernie discale L3-L4 sous-ligamentaire, de localisation médiane et paramédiane à prédominance droite, appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural et l'émergence des racines mais sans tuméfaction ni refoulement, une discarthrose L4-L5 avec hernie discale, de localisation médiane et paramédiane droite, appuyant sur la partie antérieure droite du fourreau dural et sur l'émergence de la racine L5 à droite, et une arthrose interapophysaire postérieure en L4-L5 et L5-S1 avec épaissement des ligaments jaunes, mais sans rétrécissement canalaire significatif. Le 8 septembre 2003, le Dr D_____ transmet cette IRM à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI). Ce médecin souligne le développement d'une importante arthrose interapophysaire postérieure. Sa patiente se prend bien en charge (perte de 10 kg et gymnastique régulière). Les traitements ne suffisent pas à diminuer les douleurs. L'état de son dos interdit tous travaux de force ou avec des positions en flexion ou en extension. Les positions debout sans bouger sont également contre-indiquées. Le 27 août 2004, l'assurée fait l'objet d'un examen clinique bidisciplinaire au Service médical régional AI Léman (ci-après : SMR). Dans leur rapport du 28 septembre 2004, les Desses I_____, psychiatre, et J_____, spécialiste en médecine physique et rééducation, de ce service diagnostiquent avec répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques persistantes non-déficitaires dans le cadre d'un trouble de la statique, d'une hernie discale L4-L5 médiane-paramédiane droite avec contact du fourreau dural et de l'émergence de la racine L5 droite, une discarthrose L4-L5 et une arthrose interapophysaire postérieure L4-L5 et L5-S1 avec épaissement du ligament jaune, sans canal lombaire étroit, une insuffisance posturale et une fibromyalgie. A titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, elles citent notamment un discret syndrome cervical dans le cadre de troubles génératifs mineurs C4-C5 et C5-C6 avec discrète protrusion en C5-C6 sans compression radiculaire et dysbalance musculaire. L'examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure ni autre trouble psychique. Les quelques traits dépressifs présents sont discrets. Ainsi, en l'absence d'un véritable sentiment de détresse, ces médecins n'ont pas retenu le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Les douleurs à la palpation sont diffuses avec 13/18 points de fibromyalgie positifs. Dans les limitations fonctionnelles somatiques, les médecins du SMR relèvent que l'assurée doit éviter une position statique prolongée debout, en flexion/rotation du tronc et en porte-à-faux, ainsi que sur des machines vibrantes et à la chaîne. Le port de charges est limité à 10 kilos occasionnellement. L'assurée devrait travailler surtout en position assise avec la possibilité de changer toutes les deux à trois heures. Les médecins du SMR ont estimé la capacité de travail dans une activité adaptée à 80 %. Dans l'ancienne activité, elle est nulle. Dans son courrier du 28 février 2005 à la technicienne en réadaptation de l'OCAI, le Dr D_____ relève notamment que la recourante n'a été à l'école que jusqu'à la 4^{ème} année primaire, qu'elle sait très mal lire et écrire sa langue maternelle et qu'elle parle mal le français et a de la peine à le comprendre. Seul un emploi non qualifié entre dès lors en compte. Une activité adaptée ne peut être envisagée qu'après un stage de réadaptation, selon ce médecin. Il atteste par ailleurs que l'état de santé de sa patiente ne s'est pas aggravé depuis l'examen du SMR. Du 23 mai au 28 juillet 2005,

l'assurée est soumise à une observation professionnelle à la Fondation PRO. Pendant toute la durée du stage, elle n'a jamais été absente. Dans son rapport du 5 août 2005, cette fondation relève que l'assurée est très limitée dans sa gestuelle à cause de ses douleurs, notamment dans les doigts, au niveau des bras, des épaules, de la nuque et du dos, ce qui a un impact direct sur ses aptitudes manuelles. Elle se montre très retenue et lente dans ses mouvements, ainsi que dans ses déplacements, de peur d'avoir mal. Elle doit alterner les positions environ deux fois par heure, parfois plus. Elle ne peut pas tenir longtemps quelque chose dans ses mains, ayant mal aux doigts, effectuer des rotations du buste. L'amplitude de ses mouvements est très limitée en hauteur et sur les côtés. Il est également douloureux pour elle de travailler en baissant la tête, même légèrement, et avec les bras surélevés. Compte tenu de ces limitations, il n'est pas facile de trouver un poste adapté. Les douleurs ont un impact psychologique très important sur sa capacité de travail. Elle y est totalement centrée et se sent inapte à travailler. Son rendement ne va jamais au-delà de 50 % avec un taux d'activité de 100 %. Il est également relevé dans le rapport que l'assurée est assez démonstrative, en ce qui concerne ses douleurs dont elle parle beaucoup. Par ailleurs, elle grimace, se déplace et bouge lentement. Chaque mouvement est mesuré. Elle est toutefois consciencieuse et persévérante, entretient des bonnes relations avec tout le monde et fait preuve d'une bonne collaboration. Au cours du stage, les douleurs sont allées en augmentant. Enfin, selon ce rapport, il est difficile de définir une activité adaptée à ces problèmes physiques. Le pessimisme persistant de l'assurée et sa difficulté à croire en la reprise d'une activité sont des obstacles majeurs à la réussite d'une réadaptation professionnelle. Dans un avis médical du 2 septembre 2005, le Dr. K_____ du SMR indique que le stage d'observation professionnelle n'apporte aucun élément probant. Les douleurs n'ont pas de substrat médical objectif permettant de les accepter en tant que limitation fonctionnelle. Un effort de les surmonter peut légitimement être attendu de l'assurée, afin de réduire le dommage. Ce médecin conclut ainsi à ce que l'exigibilité établie lors de l'examen clinique SMR soit maintenue. Dans le rapport final de réadaptation professionnelle du 13 septembre 2005 est constatée une perte de gain de 46 % pour un taux d'activité de 80 %. Par décision du 3 janvier 2006, l'OCAI refuse à l'assurée les mesures professionnelles. Après avoir donné la possibilité à l'assurée de s'exprimer sur son intention de lui octroyer un quart de rente, l'OCAI lui notifie une décision dans ce sens en date du 8 décembre 2006. Par acte du 26 janvier 2007, l'assurée recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} octobre 2002. Elle met en cause la valeur probante de l'examen du SMR, dans la mesure où la Dresse I_____ a signé en tant que "psychiatre FMH", alors qu'elle ne possède pas ce titre. La recourante se prévaut par ailleurs de la capacité de travail retenue par la Fondation PRO, à savoir de 50 %. Elle estime enfin que les seuls troubles psychiques attestés devraient conduire à admettre une incapacité de travail de ce pourcentage. La perte de gain est ainsi, sur la base des salaires statistiques avec une réduction de 25% pour tenir compte des handicaps, de plus de 70%. Par préavis du 26 mars 2007, l'intimé conclut au rejet du recours. Il admet que la Dresse I_____ ne peut pas se prévaloir du titre de psychiatre FMH. Néanmoins, l'intimé estime qu'elle dispose des compétences spécialisées requises pour procéder à des examens cliniques psychiatriques, étant au bénéfice d'une attestation délivrée par la FMH indiquant qu'elle a accompli la formation post-graduée en psychiatrie et psychothérapie prescrite par la réglementation pour la formation post-graduée. Cette attestation est une équivalence du titre de spécialiste FMH auquel la Dresse I_____ ne peut pas prétendre, au vu de son diplôme de

médecine roumain. Ce diplôme sera, selon l'intimé, certainement reconnu prochainement, avec l'entrée de la Roumanie dans l'Union européenne. Cette praticienne dispose en outre d'une solide expérience professionnelle acquise comme médecin assistant ou chef de clinique adjoint aux "établissement hospitalier" de Cery et Prangins pendant douze ans. Avant son engagement par le SMR, elle a travaillé en dernier lieu pendant quatre ans comme chef de clinique adjoint à Prangins. L'intimé relève également que le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves. Pour conférer une pleine valeur probante à un rapport médical, il importe uniquement qu'il soit conforme aux critères jurisprudentiels établis en la matière. Seul son contenu est déterminant. La valeur probante d'un rapport d'examen clinique du SMR ne dépend ainsi pas principalement du titre de spécialiste du médecin qui a procédé à l'examen. Par ailleurs, l'intimé souligne que le stage auprès de la Fondation PRO a démontré que la recourante est essentiellement limitée par les douleurs. Cependant, celles-ci constituent un élément subjectif, sans substrat médical objectif en l'occurrence, de sorte qu'elles ne peuvent être assimilées à des limitations fonctionnelles. Concernant le taux de réduction des salaires statistiques, l'intimé fait observer que le taux de 25 % constitue la déduction maximale admissible. Par ailleurs, les circonstances liées à l'âge, aux années de service, la nationalité de la recourant et à la catégorie de son autorisation de séjour, ne permettent pas en l'espèce d'augmenter ce taux à plus de 15 %. Dans sa réplique du 20 avril 2007, la recourante persiste dans ses conclusions. Elle souligne que les diagnostics des différents médecins qui se sont prononcés dans le dossier sont unanimes, en ce qu'ils lui reconnaissent une incapacité de travail de 50 % au maximum, certains considérant même qu'elle présente une incapacité de travail totale. Elle reproche au rapport d'expertise du SMR de ne pas se fonder sur des examens complets, de ne pas avoir examiné les points litigieux de façon circonstanciée, pris en considération ses plaintes et décrit clairement et complètement le contexte médical. Elle estime que les certificats et rapports des médecins ayant conclu à une capacité de travail nulle ou faible acquièrent, de par le seul nombre, une valeur probante largement suffisante à renverser les conclusions sans nuances des Dresses J_____ et I_____. S'agissant des compétences de la Dresse I_____, la recourante se prévaut de ce que la législation et les règles déontologiques de la FMH interdisent et punissent l'usage indu d'un titre, ce qui a pour conséquence de frapper d'illicéité les rapports et avis émis par celui qui s'en prévaut. Un tel vice ne saurait non plus être réparé par une reconnaissance éventuelle du diplôme de médecine roumain de la Dresse I_____, par l'entrée de la Roumanie dans l'Union européenne. Par duplique du 22 mai 2007, l'intimé maintient ses conclusions antérieures. Sur ce, la cause est gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 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 fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Interjeté dans les délai et forme prescrits de la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si la recourante présente une invalidité lui ouvrant le droit à une rente. 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, en vertu de l'art. 28 al. 2bis LAI. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité 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. 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 LPGGA). 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 LPGGA). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts et 70 % au moins rente entière. 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 LPGGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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). Dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances 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 pathogénèse 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). Le Tribunal fédéral des assurances a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 354 et 131 V 50), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence 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). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, par exemple une 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, de 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 (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants précités - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in : Praxis 94/2005, p. 2007 ss.). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3). 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 ou une fibromyalgie, 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). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge 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'assurée (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de

l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; ATFA du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2).

L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). 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). En l'occurrence, une incapacité de travail totale est attestée par les médecins traitants de la recourante, tandis que le Dr H_____ et les médecins du SMR concluent à une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Le Dr E_____ a admis une incapacité de travail de 50% pour des raisons psychiques, dans son rapport d'expertise du 17 juin 2003. Par ailleurs, l'observation professionnelle de la recourante auprès de la Fondation PRO a révélé un rendement de seulement 50 %. Dans la mesure où la décision de l'intimé est fondée essentiellement sur le rapport d'examen du SMR, il convient en premier lieu d'examiner la valeur probante de celui-ci. Comme le relève à juste titre la recourante, la Dresse I_____ n'est pas titulaire d'un diplôme FMH de spécialiste en psychiatrie. Elle a toutefois été autorisée à pratiquer comme médecin dépendant auprès du SMR par acte du Département vaudois de la santé et de l'action sociale du 24 novembre 2006. Selon le Médecin cantonal vaudois, l'intéressée est, en sa qualité de médecin dépendant, désormais habilitée à effectuer des expertises psychiatriques avec examens cliniques ; toutefois, à son avis, le document devait être contresigné par le psychiatre responsable pour lui donner sa pleine valeur juridique. Selon les informations reçues du Médecin cantonal vaudois, la Dresse I_____ n'était ainsi pas habilitée à signer le rapport du SMR du 28 septembre 2004 avec le titre de "psychiatre FMH" et elle n'était pas non plus, à cette date, formellement autorisée à travailler comme médecin dépendant auprès de ce service. Il convient dès lors d'analyser la portée juridique de ces irrégularités qui ne préjugent en rien des compétences professionnelles de cette praticienne, lesquelles ne sont pas mises en cause. Au préalable, force est de constater que la valeur

juridique du rapport en cause ne saurait être déniée pour le seul motif que sa rédactrice a utilisé à tort le titre de "psychiatre FMH". La même constatation s'impose s'agissant du défaut d'autorisation lequel a été corrigé par la délivrance d'une autorisation de pratiquer à titre dépendant à partir du 24 novembre 2006. Il ne serait en effet pas cohérent de dénier la valeur probante d'un rapport rendu par un même médecin avant l'obtention de l'autorisation en cause alors que ce même rapport devrait être admis s'il avait été rendu après l'octroi de ladite autorisation. Il convient de préciser que cette autorisation ne dépendait d'aucun examen complémentaire dans la mesure où elle portait uniquement sur la reconnaissance de son diplôme étranger. En conclusion, la valeur probante dudit rapport ne saurait être déniée en raison des seules irrégularités susmentionnées mais doit bien plutôt être examinée sous l'angle des conditions jurisprudentielles en la matière rappelées ci-dessus. La recourante fait valoir que le rapport d'examen du SMR ne se fonde pas sur des examens complets, n'examine pas les points litigieux de façon circonstanciée, ne prend pas en considération les plaintes exprimées et ne décrit non plus clairement et complètement le contexte médical. Ses griefs sont motivés par le fait que les médecins du SMR ont omis de préciser dans leur rapport que tous ses médecins traitant lui ont reconnu une capacité de travail très faible. Il est exact que ce rapport d'examen ne contient pas un résumé de la documentation médicale soumise aux médecins du SMR. Dans l'appréciation consensuelle du cas, ceux-ci font référence aux rapports médicaux du 19 avril 2002 du Dr C _____, du 26 septembre 2002 du Dr E _____ et du 31 septembre 2002 du Dr F _____. En revanche, il n'est pas fait état des rapports du Dr D _____, Dr G _____, de l'expertise de Dr H _____ et du rapport du 17 juin 2003 du Dr E _____. Il est à relever que ce dernier médecin, pourtant a priori peu sensible aux plaintes de la recourante, conclut dans ce rapport à une incapacité de travail de 50 % sur le seul plan psychique. Il a par ailleurs diagnostiqué des troubles anxieux et dépressifs mixtes et non pas un trouble somatoforme douloureux, pour lequel existe la présomption du caractère non invalidant. En outre, il appert que la Dresse I _____ n'a procédé à aucun test permettant de déterminer plus précisément si la personne examinée est atteinte d'un épisode dépressif et de troubles anxieux. Enfin, le Tribunal de céans s'étonne que les médecins du SMR fassent référence à la jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux et fibromyalgie (p. 6 de leur rapport), leur rôle n'étant pas de constater sur le plan juridique si une maladie est invalidante. Il leur appartient uniquement de procéder au diagnostic et de déterminer les répercussions des diagnostics retenus sur la capacité de travail, d'un point de vue strictement médical. Au vu de ce qui précède, il sied de constater que le rapport d'examen du SMR ne remplit pas tous les critères jurisprudentiels pour lui attribuer une pleine valeur probante. Néanmoins, il convient d'admettre que certaines appréciations du SMR sont confirmées par d'autres médecins, ainsi que la Fondation PRO. En premier lieu, le Dr H _____ a procédé à une expertise de la recourante et a également évalué la capacité de travail de celle-ci à 80% dans une activité adaptée, sur le plan ostéo-articulaire. Son rapport remplit toutes les exigences pour lui reconnaître une pleine valeur probante, ce que la recourante ne conteste par ailleurs pas. Concernant les atteintes psychiques, le Dr E _____ a certes considéré, dans son rapport du 17 juin 2003, que sa capacité de travail n'était que de 50%, tout en mettant en évidence une certaine discordance. Cependant, l'observation professionnelle à la Fondation PRO de mai à juillet 2005 n'a mis en évidence aucun handicap du registre psychiatrique. Il est en effet relevé dans son rapport du 5 août 2005 que la concentration de la recourante n'est pas affectée par les douleurs et que la qualité de son travail a toujours été très bonne. Elle assimilait aussi rapidement les consignes orales et

apprenait facilement (p. 3). Selon cette fondation, les douleurs ont un impact psychologique (p. 6 du rapport), sans que la capacité de travail soit altérée par des troubles psychiques. Hormis la peur d'avoir encore plus mal, les limitations observées sont clairement dues à des douleurs et pas à une cause psychique. La Fondation PRO n'a enfin pas fait état de troubles dépressifs ou anxieux, sauf lors de l'entretien de la recourante avec la psychologue. Compte tenu des constatations de la Fondation PRO, il peut être retenu que la recourante ne présente pas une comorbidité grave à la fibromyalgie. S'agissant des autres critères jurisprudentiels pour l'appréciation du caractère invalidant de ce genre d'affection, il est à relever que la recourante ne subit pas un retrait social, comme cela ressort du rapport du SMR, lequel n'est pas contesté sur ce point. Cependant, elle est affectée de pathologies chroniques sur le plan ostéo-articulaire et tous les traitements conformes aux règles de l'art ont échoué, en dépit d'une attitude tout à fait coopérative de sa part. En ce qui concerne le critère de l'état psychique cristallisé, sans évolution possible sur le plan thérapeutique, le Dr E_____, qui a examiné la recourante à deux reprises, n'a toutefois pas mis en évidence les éléments psychiatriques permettant de retenir cette hypothèse. Quant aux éléments qui pourraient permettre d'exclure le caractère invalidant de la fibromyalgie, ladite fondation, le Dr H_____ et le SMR ont indiqué que la recourante est très démonstrative. Le Dr E_____ était frappé par l'absence de manifestations algiques, tout en mentionnant que la recourante s'était montrée démonstrative et manipulatrice dans la relation. Il a vu aussi une discordance entre sa tenue, sa présentation et son aspect nonchalant, d'une part, et son discours, d'autre part. Il peut ainsi être retenu que l'expert est resté insensible aux plaintes de la recourante. Il convient également de relever que la recourante allègue de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. Au vu de ces éléments qui ressortent du dossier de la recourante, le Tribunal de céans s'estime suffisamment renseigné pour apprécier le caractère invalidant des affections de la recourante, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de procéder à une expertise multidisciplinaire. Par ailleurs, sur la base de l'ensemble des données de ce cas, le Tribunal de céans considère que la présomption du caractère non invalidant de la fibromyalgie n'est en l'espèce pas renversée. D'un point de juridique, une invalidité supplémentaire pour cette pathologie ne peut donc être retenue, les critères jurisprudentiels ne le permettant pas, même si une appréciation strictement médicale arrive éventuellement à un résultat contraire. Cela étant, c'est à juste titre que l'intimé n'a retenu qu'une incapacité de travail de 80%, conformément aux conclusions du Dr H_____ qui concordent avec celles du SMR. Reste à examiner la perte de gain de la recourante. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout

en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). b) En l'espèce, la recourante ne met pas en cause les chiffres retenus par l'intimé pour le calcul de sa perte de gain, hormis la réduction des salaires statistiques de 15% qui devrait, selon son appréciation, s'élever au taux maximum de 25%. Il appert par ailleurs que l'intimé a procédé à la comparaison des salaires conformément aux dispositions légales et à la jurisprudence en la matière. S'agissant de l'abattement de 15%, le Tribunal de céans estime qu'il n'y a pas lieu d'admettre un pourcentage plus élevé, compte tenu de l'âge relativement jeune de la recourante (année de naissance 1961). Partant, la perte de gain doit être déterminée à 46%, conformément au calcul de l'intimé. Ce taux n'ouvre le droit qu'à un quart de rente. Partant, le recours sera rejeté. La recourante étant assistée par l'Hospice général, le Tribunal de céans renonce à percevoir l'émolument de justice prévu à l'art. 69 al. 1bis LAI. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. 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 Claire CHAVANNES La présidente 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

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.