

GE_GERICHTE A/460/2008 vom 26. Februar 2009

GE Cour de justice, 2009-02-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_460_2008

FR: GE_GERICHTE A/460/2008 du 26 février 2009

IT: GE_GERICHTE A/460/2008 del 26 febbraio 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 26.02.2009
A/460/2008

A/460/2008 ATAS/295/2009 du 26.02.2009 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/460/2008
ATAS/295/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
Chambre 8 du 26 février 2009 En la cause Madame D _____, domiciliée à Aïre,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître VAZEY Eric recourante contre
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, 1203
Genève intimé EN FAIT Madame D _____ (ci-après : la recourante) a déposé une
demande de prestations AI pour adultes le 1 er décembre 2003 auprès de l'Office cantonal
AI du canton de Genève (ci-après : OCAI) Sa demande était motivée par des lombalgies
chroniques, de l'ostéoporose le long du rachis, de l'ostéopénie le long du col fémoral droit,
de la fatigue et de la dépression. Le 19 décembre 2003, répondant à un questionnaire de
l'OCAI, la recourante déclara n'avoir jamais exercé d'activité lucrative. Dans un rapport
médical du 15 février 2004, le médecin traitant de la recourante, le Dr L _____ posa les
diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants : cervicalgies sur
discopathies étagées C4-C5-C6 ; sténose du canal cervical ; cas social. S'y ajoutaient des
diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : gastrite, gastralgies ; ostéopénie et
ostéoporose débutante ; céphalées frontales ; dépression nerveuse larvée ; asthénie ;
lombalgies chroniques. La capacité de travail de la recourante était nulle et son état
stationnaire, mais pouvait être amélioré par des mesures médicales. Des mesures
professionnelles étaient également indiquées. Ce médecin relevait qu'il était impossible de
dialoguer seul avec la recourante sans intervention et traduction de son mari. En particulier,
l'annexe à son rapport médical n'avait pu être remplie que sur les dires de la recourante, par
l'entremise de son mari, selon lesquelles elle n'avait pas la force de faire un quelconque
travail. Le pronostic était difficile à établir, la recourante devant être adressée chez un
rhumatologue et un psychiatre pour avoir une meilleure appréciation du cas. Selon le Dr
L _____, la recourante ne pouvait rester assistée plus de quatre heures par jour et debout
plus d'une heure par jour. Elle devait alterner les positions chaque heure. Les positions à
genoux, en inclinaison du buste, accroupie n'étaient pas possible. Le parcours à pied était
limité à 100 mètres, et le port de charges limité à 5 kg. Elle ne pouvait se baisser. Un horaire
irrégulier, le travail en hauteur, le déplacement sur sol irrégulier ou en pente étaient
proscrits. Elle n'avait pas un fonctionnement intellectuel normal, ni un comportement
acceptable par l'entourage. Il ressortait du dossier radiologique fourni par le Dr L _____
la mise en évidence en octobre 2003 d'une ostéoporose débutante le long du rachis et d'une
ostéopénie marquée le long du col fémoral droit. La perte du capital minéral était de 26% le
long du rachis et de 27,7% à la hauteur du col fémoral. En janvier 2004, ont été mis en
évidence, un trouble de la statique cervicale dans les deux plans entourant une double

discopathie C3/C4 et C4/C5, une discarthrose C5-C6, et une rectitude lombaire et léger tassement des corps de L3 et L4. En février 2004, ont été mis en évidence, des modifications modiques de type II à la hauteur de C4, C5 et C6, une discopathie étagée avec minimales protrusions sans hernie discale, entraînant, avec une inversion de la lordose physiologique, une sténose relative du canal cervical. Selon le rapport du 2 avril 2004 du Dr M_____, neurologue FMH, l'examen neurologique clinique pratiqué le 30 mars 2004 était normal. De l'avis de ce médecin, la recourante était incapable d'exercer une activité lucrative non pas en raison d'une pathologie organique lésionnelle, mais en raison d'un dysfonctionnement psychique majeur de longue date. Selon un avis médical du 20 avril 2004 du Dr N_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, aucune exagération volontaire des plaintes n'a été constatée. Il existait une discrète limitation fonctionnelle au niveau rachidien, les articulations périphériques étant sans particularités. De nombreux points étaient douloureux (tous ceux correspondant aux critères du diagnostic de fibromyalgie, mais pas seulement). Selon lui, l'ensemble de l'anamnèse, l'examen clinique, radiologique et biologique permettaient de conclure à la présence d'un syndrome somatoforme douloureux chronique. Bien qu'à première vue, il était difficile d'admettre l'existence d'un état dépressif évident, vu la discordance entre les plaintes et les trouvailles lors des examens, et vu l'avis du Dr M_____ du 2 avril 2004, le Dr N_____ s'interrogeait au sujet d'un éventuel état dépressif masqué, susceptible d'expliquer les différents troubles. Il se déclarait ainsi intéressé par l'avis d'un psychiatre. Selon un rapport médical du 26 juillet 2004 du Dr O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, les diagnostics pour la recourante étaient les suivants : état dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11) ; anxiété généralisée (F 41.1) ; syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) ; et personnalité dépendante (F 60.7). Selon le Dr O_____, la recourante, mariée et mère de quatre enfants majeurs, présentait une détérioration de son état psychique depuis quelques années, ne s'occupait pas de son ménage, ne sortait jamais seule et ne pouvait rester seule à la maison. Elle présentait aussi une asthénie générale et une peur d'origine indéterminée. Elle était suivie régulièrement pour un traitement de psychothérapie et médicamenteux, sans avoir présenté d'évolution favorable. Le pronostic n'était pas bon. La capacité de travail de la recourante était nulle. Le 27 octobre 2004, une échographie abdomino-pelvienne a mis en évidence une splénomégalie modérée, les autres constatations étant dans la norme. Selon rapport médical intermédiaire du Dr L_____ du 1^{er} décembre 2004, l'état de santé de la recourante s'était aggravé. Elle avait fait plusieurs attaques de panique. Le pronostic était défavorable, la recourante n'ayant jamais travaillé, n'ayant aucune formation et ne comprenant que très mal le français. Dans un avis médical du 10 mai 2005, le Service médical régional AI pour la suisse romande (ci-après : SMR), préconisa une expertise psychiatrique en présence d'un traducteur neutre. Dans un rapport médical intermédiaire du 2 août 2005, le Dr O_____ indiqua que l'état de la recourante s'était aggravé depuis 6 mois environ. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F 32.2) s'étant substitué à celui d'état dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11). Les autres diagnostics restaient inchangés. Selon lui, l'anxiété et les préoccupations étaient telles qu'elles étaient difficiles à contrôler. L'humeur de la patiente était assez fluctuante et les traitements médicamenteux qui avaient dû être changés en conséquence n'avaient pas apportés d'amélioration. La recourante ne pouvait travailler en raison d'un dysfonctionnement psychique majeur avec des manifestations physiques. L'expertise décidée par le SMR le 10 mai 2005 fut confiée le 2 octobre 2006 au Dr P_____.

spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Selon le rapport d'expertise du Dr P_____ du 22 février 2007, les diagnostics étaient les suivants : éventuel léger fond dysthymique ; trouble somatoforme indifférencié léger ; personnalité à traits dépendants ; absence d'intégration socioculturelle ; problème linguistique ; absence de formation professionnelle et menace de renvoi au Kosovo. Selon l'expert, la recourante présentait ses plaintes de façon dramatique et hystérisée. L'examen clinique ne permettait pas de retenir une symptomatologie dépressive et il n'y avait pas de comorbidité psychique ou de trouble de la personnalité atteignant le seuil diagnostic. L'expert expliquait sa différence de diagnostic avec le Dr O_____ par la qualité de la traduction. La recourante ne parlant pas le français, c'est son mari qui avait fait office de traducteur chez le Dr O_____, alors que l'expert avait fait appel à un traducteur indépendant, permettant une analyse plus fine et plus objective. Il relevait également qu'aucun traitement antidépresseur suffisamment significatif n'avait été prescrit à la recourante par le Dr O_____. Selon lui la capacité de travail de la recourante était entière d'un point de vue psychiatrique, étant toutefois rappelé que la recourante n'avait jamais travaillé et n'avait pas de motivation à exercer une activité lucrative. Ainsi, pour des motifs socioculturels et économiques prépondérants, il n'y avait que peu de chance qu'elle débute une telle activité un jour. Dans un avis du 14 mars 2006 [recte : 2007], le SMR fit siennes les conclusions du Dr P_____, ajoutant que les six critères de l'état dépressif moyen n'étaient pas réunis dans les rapports du Dr O_____, de sorte que ce diagnostic pouvait être écarté, les symptômes décrits correspondant au mieux à un trouble dépressif léger. Se fondant sur l'avis du Dr P_____, l'OCAI adressa le 14 juin 2007 un projet de décision à la recourante. Au terme de ce projet de décision, la demande de la recourante était rejetée. En raison d'une erreur d'adressage, un nouveau projet de décision identique fut à nouveau adressé à la recourante le 26 juin 2007. Par courrier du 23 juillet 2007, la recourante adressa à l'OCAI un avis médical du Dr O_____ du 13 juillet 2007. Elle expliquait que comme le confirmait le Dr O_____, elle était traitée par antidépresseurs, contrairement à ce qu'avait retenu le Dr P_____, dont l'expertise manquait d'objectivité et n'était ainsi pas probante. La recourante demandait ainsi la reconsidération de son refus et la mise sur pied de nouvelles mesures d'instruction. Selon l'avis du Dr O_____ du 13 juillet 2007, la recourante pouvait avant son affection psychiatrique tenir son ménage, mais ne le pouvait plus depuis l'aggravation de son état psychique annoncé dans son rapport du 26 juillet 2004. Il confirmait que contrairement à l'affirmation du Dr P_____, la recourante avait suivi différents traitements par antidépresseurs. Selon le Dr O_____, l'état psychique de la recourante était très fluctuant d'une période à l'autre et présentait parfois une aggravation importante de son état dépressif. La recourante était la plupart du temps dans un état de détresse associé parfois à une agitation ou à un ralentissement psychomoteur. Elle était pratiquement incapable de poursuivre ses activités sociales et ménagères et présentait un trouble de panique important. Elle ne pouvait ni rester seule chez elle, ni sortir seule. Le Dr O_____ maintenait que la capacité de travail de sa patiente était nulle. Selon l'avis médical du SMR du 3 septembre 2007, le Dr O_____ avait mal lu l'expertise du Dr P_____. L'expert n'affirmait pas que la recourante ne bénéficiait d'aucun traitement antidépresseur, mais que les doses étaient si faibles qu'elles n'avaient pas d'effet significatif. Il était souligné que les examens chez le Dr O_____ se faisaient en présence du mari qui servait de traducteur et que le Dr O_____ manifestait une plus grande empathie en raison du lien thérapeutique le liant à sa patiente. Compte tenu de l'absence de critères correspondant à un trouble dépressif moyen ou sévère, ou à un trouble panique, le

SMR maintenait ses précédentes conclusions. Se fondant sur cet avis et l'expertise réalisée par le Dr P_____, l'OCAI décida le 10 janvier 2008 de rejeter la demande de la recourante. Celle-ci forma recours par acte déposé le 14 février 2008 au greffe du Tribunal cantonal des assurances sociales. Elle concluait préalablement à l'ouverture d'enquêtes ou d'expertises et principalement à l'annulation de la décision du 10 janvier 2008 demandant l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité dès le 3 décembre 2003, selon un taux d'invalidité à fixer par le Tribunal. Elle faisait valoir que l'OCAI aurait dû se fonder sur l'avis du Dr O_____ et non sur celui du Dr P_____ qui ne l'avait examinée qu'une seule fois, ce qui serait insuffisant compte tenu de son état de santé fluctuant. Par ailleurs, le rapport du Dr P_____ serait erroné, puisqu'il indique qu'aucun traitement antidépresseur n'aurait été prescrit par le Dr O_____, ce qui n'était pas le cas. L'argument de l'OCAI tiré des conditions de traductions lors des examens chez le Dr O_____ était tenu pour irrelevante, sans toutefois qu'une critique véritablement consistante ne soit émise. Par courrier du 25 février 2008, l'OCAI confirma au Tribunal que la décision du 10 janvier 2008 avait été envoyée par pli simple, de sorte qu'aucun récépissé postal ne pouvait attester de la date de notification de ladite décision. L'OCAI répondit au recours le 10 juin 2008. Il indiquait que l'avis du Dr P_____ revêtait une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Quant à l'avis du Dr O_____, il n'amenait aucun élément permettant de mettre en doute les conclusions de l'expertise. Il s'agissait par ailleurs du médecin traitant, de sorte que la jurisprudence lui reconnaissait une valeur probante moindre, en raison de la relation de confiance le liant à sa patiente. Un courrier du Dr P_____ du 30 mai 2008 était joint à la réponse de l'OCAI. Selon ce courrier, la recourante aurait déclaré au Dr P_____ n'avoir jamais eu de traitement antidépresseur et qu'en tous les cas elle n'avait plus de traitement au « Deroxat » au moment de l'examen. Dans tous les cas, ses conclusions restaient valables, les troubles psychiques, avec ou sans « Deroxat », étant légers et insuffisants pour justifier une incapacité de travail quelconque. Le 19 septembre 2008, le Tribunal ordonna l'audition des parties, ainsi que du Dr O_____. Le Dr O_____ fut entendu par le Tribunal le 16 octobre 2008. Ce médecin indiqua que l'état dépressif de la recourante avait été moyen en 2004 et sévère en 2007. Au moment de l'audience, l'état dépressif était toujours fluctuant, mais n'était plus sévère. La recourante faisait parfois des rechutes avec un état dépressif très sévère durant deux à trois semaines. Elle avait toujours été sous traitement d'antidépresseurs, y compris au moment de l'expertise du Dr P_____. Les doses étaient modérées car la recourante ne supportait pas des doses plus élevées et le médicament prescrit avait dû être modifié à plusieurs reprises. Le traitement de la recourante comprenait aussi différents types d'anxiolytiques et des neuroleptiques sédatifs à doses modérées car elle ne tolère pas bien les benzodiazépines. Il expliqua n'avoir pas été contacté par l'expert et contester ses conclusions. Il était tout d'abord faux de prétendre qu'il n'avait pas prescrit d'antidépresseurs à la recourante. Par ailleurs, le diagnostic principal était celui de trouble de la personnalité, alors que le Dr P_____ avait orienté son expertise sur l'état anxio-dépressif. La présence du mari de la recourante lors des consultations n'était pas gênante et sans sa présence il ne serait pas possible de la traiter, tant elle est craintive. Il avait dû la traiter un mois avant l'audience en raison de l'anxiété provoquée par sa comparution. L'état de la recourante ne lui permettait pas d'exercer une quelconque activité professionnelle. Elle n'avait donné aucun signe pouvant faire penser à une évolution favorable. Son pronostic était mauvais et son but était de parvenir à une stabilisation de l'état de la recourante. En aucun cas un traitement ne pourrait lui permettre de recouvrer un

état compatible avec l'exercice d'une activité professionnelle ou de ses tâches ménagères. Le même jour, le Tribunal entendit les parties. La recourante indiqua que lors de l'examen clinique du Dr P _____, celui-ci l'avait laissée seule avec le traducteur pour remplir un questionnaire et qu'à cette occasion ledit traducteur lui avait demandé de modérer ses plaintes pour ne pas être emmenée à l'hôpital. Elle avait toutefois pu expliquer aussi complètement que possible son état au Dr P _____, qui ne l'avait toutefois reçue qu'une demi-heure. Elle avait montré au Dr P _____ les boîtes des trois médicaments qu'elle prenait alors. Pour le surplus, elle s'était bornée à répondre aux questions posées. Elle était partie trois mois au Kosovo avec son mari, durant l'été 2008. Pendant cette période, elle n'avait consulté aucun médecin, le Dr O _____ lui ayant prescrit à l'avance pour trois mois de médicaments. L'année précédente, elle avait consulté un psychiatre au Kosovo qui avait modifié son traitement de manière inappropriée, de sorte qu'elle avait préféré ne plus consulter de médecin au Kosovo. Par ailleurs, elle n'était sortie que rarement et toujours accompagnée de son mari. Le Tribunal ordonna l'audition du Dr P _____, laquelle eu lieu le 27 novembre 2008. Il indiqua avoir lui-même convoqué l'interprète pour l'examen clinique du 22 février 2007 dans le cadre de l'expertise confiée par l'OCAI. Il s'agissait d'un interprète avec lequel il travaillait depuis douze ans et qui travaille aussi pour l'Office AI du canton de Vaud. Il confirma avoir lui-même procédé à l'examen clinique. Il avait consacré à son expertise environ une heure et demie à deux heures, étant précisé que c'est en général plus long avec un interprète. Les tests psychométriques avaient une importance relative et n'apportaient, en l'espèce, pas d'éléments, en raison de problèmes de langue et de traduction. Le Dr O _____ n'avait pas été contacté car il y avait un rapport médical au dossier. La recourante lui avait dit ne prendre qu'un antidépresseur ancien à un dosage sans efficacité. Un sous-dosage de ce médicament était courant, l'effet antidouleur étant alors recherché. En fonction des diagnostics qu'il avait retenus, un antidépresseur n'était pas indiqué absolument. Ses conclusions n'auraient pas été modifiées si la recourante avait pris un antidépresseur avec une compliance démontrée. L'état dépressif de la recourante était fluctuant, mais restait malgré tout léger, soit sans détresse psychique importante de plus de quinze jours. Il n'y avait pas d'indice d'un trouble majeur de la personnalité. Elle avait des traits de personnalité comme tout le monde. Sa dépendance devait être relativisée, compte tenu de son déracinement socioculturel. Le Dr P _____ a expliqué que la personnalité se construisait au moment de la post-adolescence, en cas de trouble, on devait retrouver ledit trouble toute la vie durant, avec des signes reconnaissables permettant de le diagnostiquer. Selon lui, l'état régressé de la recourante, lequel ne correspond pas à un état dépressif sévère, est plutôt lié à un déracinement social. A l'issue de l'audience, les parties persistèrent dans leurs écritures et conclusions respectives et un délai leur fut octroyé pour d'éventuelles observations écrites. Par courrier du 27 janvier 2009, la recourante persista dans son recours du 14 février 2008, à la faveur des déclarations du Dr O _____. Quant à l'OCAI, il ne déposa aucune observation dans le délai pourtant prolongé par le Tribunal. Sur quoi la cause fut 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable en l'espèce. Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa

date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 124 V 402 consid. 2a, 122 I 100 consid. 3b, 114 III 53 consid. 3c et 4, 103 V 65 consid. 2a). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration adressée par courrier ordinaire, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 124 V 402 consid. 2b, 121 V 6 consid. 3b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF non publié du 5 mai 2008, 8C_621/2007 ; consid. 4.2). En l'espèce, la recourante allègue, sans être contredite, avoir reçu la décision du jeudi 10 janvier 2008, le mardi 15 janvier 2008. Ainsi, le recours déposé au greffe du Tribunal cantonal des assurances sociales le jeudi 14 février 2008 intervient en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Les autres conditions prévues par les art. 56 et ss LPGA étant réalisées, le recours est recevable. Le litige porte sur l'existence d'une invalidité et cas échéant le droit à une rente d'invalidité de la recourante. Il convient ainsi en premier lieu de définir la notion d'invalidité. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un 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 (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et 28 al. 2 LAI). 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 en liaison avec l'art. 8 LPGA, 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (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 légitimement 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. Au premier plan figure 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 traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Peut notamment constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et ATF 132 V 71 consid. 4.2.2). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). 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 KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49). En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de

manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3). 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). D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, 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). Les médecins du SMR sont liés par un rapport de travail avec l'Office. Si ce fait n'enlève a priori aucunement la valeur probante de leur examen, il faut relever cependant qu'il ne s'agit pas de médecins indépendants, spécialistes reconnus, au sens de la jurisprudence susmentionnée, et donc que leur analyse ne vaut pas expertise (ATAS 132/2007 du 16 janvier 2007). Quant au médecin traitant, 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 353, consid. 3b/cc et les références). En l'espèce, il convient d'examiner la question de l'invalidité de la recourante tant sous l'angle somatique que psychique. Sur le plan somatique, le Dr M_____, rhumatologue, a indiqué que la recourante était incapable d'exercer une activité lucrative non pas en raison d'une pathologie organique lésionnelle, mais en raison d'un dysfonctionnement psychique majeur de longue date. Par ailleurs, selon le Dr N_____, il n'existait qu'une discrète limitation fonctionnelle au niveau rachidien, l'ensemble de l'anamnèse, l'examen clinique, radiologique et biologique permettant de conclure à la présence d'un syndrome somatoforme douloureux chronique. C'est donc sur le plan psychique qu'il convient de rechercher une invalidité. Sur le plan psychique, le Tribunal considère que c'est à bon droit que l'OCAI s'est fondé sur l'avis du Dr P_____. Son rapport d'expertise est conforme aux réquisits jurisprudentiels rappelés plus haut. En particulier, l'anamnèse a été établie, les plaintes de la recourante ont été prises en compte et l'expert s'est fondé sur un dossier médical complet. Les conclusions auxquelles parvient l'expert sont expliquées, de même que les raisons pour lesquelles ces conclusions diffèrent de l'avis du psychiatre traitant, avis qui a ainsi été pris en compte. A ce sujet, se fondant sur les explications de l'expert, le Tribunal ne saurait partager l'avis de la recourante selon lequel la présence du mari de la recourante lors des consultations chez le Dr O_____ n'est pas pertinente pour expliquer la divergence des conclusions. Au demeurant, la recourante se contente de nier que la présence d'un traducteur permette une analyse plus fine et plus objective, sans toutefois fournir de réel argument permettant de s'écarter de l'avis de l'expert. Il sera aussi noté que le Dr L_____, dans son rapport à l'OCAI du 15 février 2004 avait déjà émis des réserves au sujet de la traduction par le mari lors des consultations. S'agissant des conditions de traduction, lors de l'expertise, dénoncées par la recourante, il faut relever que

les critiques de cette dernière portent sur le moment pendant lequel elle a été seule avec l'expert pour remplir les tests psychométriques. Or, le Dr P_____ a expliqué lors de l'audience du 27 novembre 2008 que ces tests avaient une importance relative et n'amenaient en l'espèce pas d'éléments. S'agissant de la contradiction relevée par la recourante au sujet de la prise d'antidépresseur, le Tribunal constate que l'expert a certes nié la prise d'antidépresseur, mais a relevé la prise d'une double prescription de benzodiazépines à un dosage sans effet antidépresseur significatif. De surcroît, lors de son audition, le Dr P_____ a expliqué que la prise ou non d'antidépresseur ne modifiait pas ses conclusions. Le Tribunal se déclare convaincu par cette affirmation par la relecture du rapport d'expertise. En effet, le Dr P_____ parvient à ses conclusions indépendamment de la prise ou non d'antidépresseurs. Cet élément n'apparaît que par la suite, dans un paragraphe débutant par les termes « de surcroît » afin de confirmer son avis quant à ses divergences avec le Dr O_____. Il convient ainsi de reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise du Dr P_____, laquelle devra prévaloir sur l'avis du Dr O_____, psychiatre traitant lié à la patiente par une relation thérapeutique. Or, à suivre l'avis du Dr P_____, il faut constater que la recourante ne présente aucune comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, l'état dépressif étant qualifié de fluctuant, tout en restant léger. Aucun autre critère jurisprudentiel permettant de déduire qu'un effort de volonté ne serait pas exigible n'est par ailleurs établi. Il s'en suit que la décision de l'OCAI du 10 janvier 2008 n'est pas critiquable et qu'aucune prestation de l'assurance-invalidité n'est due à la recourante. Ainsi, le recours, mal fondé, sera rejeté. Un émoulement de 200 fr. sera mis à la charge de la recourante qui succombe. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette Met un émoulement de 200 fr. à la charge de la recourante. 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 Florence SCHMUTZ Le Président suppléant Thierry STICHER 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.