

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1923/2003

ATAS/383/2005

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**4<sup>ème</sup> chambre**

**du 4 mai 2005**

En la cause

**Madame L \_\_\_\_\_,**

recourante

contre

**OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE,**  
rue de Lyon 97, à Genève

intimé

**Siégeant : Madame Juliana BALDE, Présidente, Mesdames Karine STECK et Isabelle DUBOIS, juges.**

---

### **EN FAIT**

1. Madame L\_\_\_\_\_, née le 22 mai 1946, divorcée, de nationalité italienne, est en Suisse depuis 1966. Dès l'âge de 13 ans, l'intéressée a travaillé dans une usine de textiles en France. Depuis 1981, elle travaille comme ouvrière dans l'assemblage de pièces chez X\_\_\_\_\_, à plein temps. Elle assume encore une activité accessoire de concierge, à raison d'environ 12 heures par mois.
2. Depuis le 19 juillet 1999, l'intéressée a réduit son activité lucrative de 50 %, en raison de son état de santé. Le 3 avril 2000, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal AI de Genève (ci-après l'OCAI), visant à l'octroi d'une rente.
3. Dans un rapport adressé à l'OCAI en date du 19 mai 2000, le Docteur A\_\_\_\_\_, médecin-traitant, a déclaré que sa patiente avait présenté une incapacité de travail de 100 % dans l'activité d'ouvrière d'usine du 26 mai au 18 juillet 1999 ; depuis le 19 juillet 1999, elle était en incapacité de travail à 50 %, pour une durée indéterminée. Il a posé les diagnostics de lombalgies chroniques, discopathie L5- S1, probable fibromyalgie, obésité et ostéopénie. Les radiographies de la colonne lombaire pratiquées le 12 octobre 1999 ont montré une discrète ostéopénie diffuse de type porotique et une discopathie L5-S1 évoluée avec pincement discal subtotal.
4. L'OCAI a demandé au Service médical régional AI (SMR LEMAN) de procéder à l'examen clinique de l'assurée. La patiente a été examinée le 28 janvier 2003 par les Doctoresses B\_\_\_\_\_, rhumatologue-médecine interne, et C\_\_\_\_\_, psychiatre. Ces médecins ont posé les diagnostics de fibromyalgie de faible traduction clinique actuelle, troubles statiques et dégénératifs du rachis, majorés par un excès pondéral et un syndrome trophostatique port-ménopausique, status après cholécystectomie, obésité, phobies spécifiques et traits de personnalité anxieuse. Elles ont relevé des discordances entre l'anamnèse, qui fait état de douleurs chroniques handicapantes, et l'examen clinique qui ne montre qu'un discret trouble statique et une obésité majorée par un syndrome trophostatique port-ménopausique. L'examen n'a pas révélé de maladie psychiatrique, de trouble de la personnalité morbide décompensé, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques. Dans son activité professionnelle, les médecins retiennent un diminution de rendement de l'ordre de 10 % pour permettre à l'assurée quelques périodes de repos et alléger sa journée par des exercices de détente musculaire.
5. Par décision du 31 mars 2003, l'OCAI a rejeté la demande de l'assurée, au motif que le degré d'invalidité de 10 % était insuffisant pour ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

6. L'assurée a formé opposition le 11 avril 2003, alléguant que son état de santé ne lui permettait pas de travailler davantage. Son médecin-traitant a fait parvenir à l'OCAI un courrier daté du 8 avril 2003 ; il soutenait l'opposition formée par sa patiente et précisait qu'en raison des lombalgies chroniques et de la discopathie sévère, il ne la voyait pas reprendre une activité supérieure à 50 % dans les mois ou années à venir.
7. Par décision du 10 juin 2003, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée. Il s'est référé à l'examen bi-disciplinaire et aux conclusions du SMR LEMAN.
8. Le 3 juillet 2003, l'assurée a interjeté recours par-devant la Commission cantonale de recours en matière AVS-AI, alors compétente. Elle a allégué que ses indemnités perte de gain étaient arrivées à échéance et qu'elle se trouvait dans une situation financière très difficile. Elle n'avait pas été en mesure de reprendre son activité lucrative à 100 %. Elle avait été consulter un spécialiste en rhumatologie et sollicitait un délai afin d'apporter des nouvelles informations médicales.
9. Dans sa réponse du 17 juillet 2003, l'OCAI a conclu au rejet du recours, se ralliant aux conclusions du rapport du SMR LEMAN qui répond aux critères jurisprudentiels en matière d'expertise.
10. La cause a été transmise d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales le 1<sup>er</sup> août 2003.
11. Le 8 octobre 2003, l'OCAI a communiqué au Tribunal de céans copies du rapport médical du Docteur D\_\_\_\_\_ à l'attention du Docteur A\_\_\_\_\_, d'un nouveau rapport du médecin traitant du 5 septembre 2003, ainsi que de l'avis du SMR LEMAN, auquel ces pièces avaient été soumises, confirmant ses précédentes conclusions.
12. En date du 2 décembre 2003, l'OCAI a adressé au Tribunal, comme objet de sa compétence, un rapport établi par le Docteur E\_\_\_\_\_, psychiatre, aux termes duquel la patiente présentait depuis plus de quatre ans une symptomatologie dépressive et anxieuse accompagnée de troubles du sommeil récidivants et d'anxiété nocturne. Ce médecin relevait que les plaintes étaient surtout d'ordre physique, que la patiente ne pouvait plus travailler à plus de 50 %, étant épuisée et présentant de multiples douleurs après 4 heures de travail.
13. Invitée à se déterminer, la recourante a précisé qu'elle était régulièrement suivie par le Docteur E\_\_\_\_\_ et a persisté dans ses conclusions.
14. Le Docteur A\_\_\_\_\_ a fait parvenir au Tribunal de céans, en date du 31 mars 2004, un courrier confirmant l'avis du Docteur E\_\_\_\_\_.

15. Dans ses dernières conclusions, l'OCAI a relevé qu'il n'y avait aucun élément nouveau susceptible de mener à une appréciation différente du cas.
16. L'avis de l'OCAI a été communiqué à la recourante, qui a persisté dans ses conclusions. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs (162 LOJ)..

2. Conformément à l'art. 3 al. 3 des dispositions transitoires de la loi du 14 novembre 2002 modifiant la LOJ, la présente cause, introduite avant l'entrée de la loi précitée et pendant devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité a été transmise d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales qui statue en instance unique et dans la composition prévue par l'art. 162 LOJ sur les contestations relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 19 juin 1959 – LAI (art. 56V LOJ).

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

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Le cas d'espèce sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période antérieure, et le cas échéant selon les dispositions en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2003 pour les faits postérieurs, étant rappelé que les notions fondamentales

sont demeurées inchangées. En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

Le recours a été déposé dans la forme et le délai prescrits par la loi, de sorte qu'il est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1).

Les personnes assurées ont droit à une rente entière si elles sont invalides à 66 2/3 pour cent au moins, à une demi-rente si elles sont invalides à 50 pour cent au moins ou à un quart de rente si elles sont invalides à 40 pour cent au moins (art. 28 al. 1 LAI).

5. En l'espèce, est litigieuse la question des répercussions sur la capacité de travail des atteintes à la santé présentées par la recourante.

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la

survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

En l'espèce, selon le rapport adressé par le médecin traitant de la recourante à l'intimé, sa patiente souffre de lombalgies chroniques, d'une dioscopathie L5 – S1, d'une probable fibromyalgie, d'obésité et d'ostéopénie. En raison de ces atteintes à la santé, la recourante n'est plus à même d'exercer son activité d'ouvrière d'usine à plein temps et elle présente une incapacité de travail de 50 % dès le 19 juillet 1999.

L'examen pratiqué par le SMR LEMAN a révélé que sur le plan rhumatologique et ostéoarticulaire, la recourante présente un discret trouble statique et une obésité majorée par un syndrome trophostatique post-ménopausique. Les radiographies témoignent d'atteintes dégénératives, avec une discarthrose assez prononcée en L5-S1 mais sans évolution significative depuis 4 ans. Il n'y a pas d'évidence d'une atteinte radiculaire irritative ou déficitaire ni de canal étroit secondaire. Il n'y a d'autre part pas d'argument pour un rhumatisme inflammatoire axial, ni clinique, ni radiologique. L'examen des articulations périphériques est normal. Au moment de l'examen, quatre points d'insertion ont été trouvés, ce qui ne contredit pas le diagnostic de fibromyalgie qui a pu être plus floride avant, mais qui semble évoluer favorablement. L'assurée ne prend d'ailleurs plus régulièrement de traitement antalgique anti-inflammatoire.

Sur le plan psychiatrique, l'examen clinique n'a pas révélé de dépression majeure, de décompensation psychotique ou d'anxiété généralisée. La recourante ne présente que des phobies spécifiques (voyages en avion ou en bateau) d'intensité légère et avec la mise en place de mécanismes d'évitement. La symptomatologie de phobie spécifique est limitée à des symptômes phobiques et ne s'accompagne pas d'angoisses persistantes ni d'attaques de panique. Ce diagnostic n'a pas d'influence sur la capacité de travail. Quant aux traits de personnalité pathologique anxieuse, ils sont discrets et ne permettent pas de retenir un trouble spécifique de ce registre. Les médecins se sont déclarées surprises par l'allégation d'intenses douleurs dont le

descriptif est vague. L'exagération des plaintes somatiques n'est pas accompagnée d'un trouble de l'humeur, d'un trouble somatique grave, d'un trouble hypochondriaque ni d'un trouble délirant. Enfin, l'environnement psychosocial de la recourante n'est pas perturbé ; l'anamnèse a révélé que l'assurée effectue ses activités à son rythme, elle fait du vélo d'appartement, de la gym, elle se promène et fait ses courses. Sa vie sociale est normale, elle sort souvent pour aller danser et voit régulièrement ses amis et sa famille. En conclusion, il n'y a aucune incapacité de travail du point de vue psychiatrique. Dans son activité professionnelle, les médecins du SMR retiennent une diminution de rendement de 10 % pour permettre à la recourante quelques périodes de repos et d'alléger sa journée pour ses exercices de détente musculaire.

La recourante conteste ces conclusions, se référant aux rapports de son médecin-traitant. Selon ce dernier, sa patiente souffre de lombalgies chroniques depuis plusieurs années et d'une discopathie qu'il qualifie de sévère. Il ne la voit pas reprendre une activité supérieure à 50 %.

6. Selon la jurisprudence du TFA, le médecin traitant a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise, en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001 p. 109 consid. 3b/bb). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67).

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).

Or, en l'occurrence, le Tribunal de céans constate que les médecins du SMR LEMAN ont effectué une anamnèse détaillée et complète, qu'elles ont pratiqué un examen clinique complet, rhumatologique et psychiatrique. Il en résulte que du point de vue ostéoarticulaire, la recourante ne présente pas de limitations évidentes. De même, aucune limitation d'amplitude des membres inférieurs n'a été objectivée. Les radiographies témoignent d'atteintes dégénératives, avec une discarthrose assez prononcée en L5-S1, mais sans évolution significative depuis 4 ans. Il n'y a pas d'évidence d'une atteinte radiculaire irritative ou déficitaire, ni de canal étroit secondaire. Il n'y a pas d'argument pour un rhumatisme inflammatoire axial, ni clinique, ni radiologique. L'examen des articulations est normal. Au moment de l'examen, les médecins n'ont trouvé que quatre points d'insertion, ce qui ne contredit pas le diagnostic de fibromyalgie qui a pu être plus floride avant, mais qui semble évoluer favorablement. La recourante ne prend d'ailleurs plus régulièrement de traitement antalgique ou anti-inflammatoire. Quant à l'examen clinique psychiatrique, le diagnostic de dépression majeure, de décompensation psychotique ou d'anxiété généralisée n'a pu être retenu. Les phobies spécifiques d'intensité légère, avec la mise en place de mécanismes d'évitement, n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail. En conclusion, la recourante ne présente aucune limitation fonctionnelle psychiatrique.

Force est de constater que les plaintes de la patiente ont été prises en compte et que les médecins du SMR ont procédé à une étude circonstanciée du cas sur la base du dossier complet, qui a abouti à la conclusion que la fibromyalgie ne présente pas le degré de gravité requis pour être considérée comme invalidante. Pour le surplus, l'appréciation de la situation médicale globale est claire et les conclusions dûment motivées. Le rapport remplit en conséquence toutes les conditions exigées par la jurisprudence pour lui conférer pleine valeur probante.

Les conclusions du Docteur D\_\_\_\_\_ ne permettent pas une appréciation différente sur le plan rhumatologique ; en effet, il mentionne qu'il n'y a pas de limitation fonctionnelle, ni de déformation des coudes, des épaules, des hanches et des genoux. Quant au tableau clinique évocateur d'une fibromyalgie, il s'agit d'un diagnostic déjà connu et le médecin ne relève pas d'autres atteintes à la santé. Il ne se prononce par ailleurs pas sur la capacité de travail.

Quant au rapport établi par le Docteur E\_\_\_\_\_ le 13 novembre 2003 et produit en cours de procédure, il mentionne une symptomatologie dépressive et anxieuse existant depuis quatre ans, accompagnée de troubles du sommeil récidivants et d'anxiété nocturne. Il relate que les plaintes sont surtout d'ordre physique, sous forme de douleurs multiples (fibromyalgie) et considère que la patiente n'est plus en mesure de travailler davantage que 50 %. Force est cependant



de constater que ce médecin ne fait état d'aucun diagnostic nouveau, notamment sur le plan psychiatrique.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal n'a aucun motif de s'écarter des conclusions claires émises par le SMR LEMAN.

Le recours, mal fondé, doit être en conséquence rejeté.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable ;

**Au fond :**

2. Le rejette ;
3. Dit que la procédure est gratuite ;
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier:

Walid BEN AMER

La Présidente :

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