



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1465/2001

ATAS/207/2003

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

du 12 novembre 2003

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A _____
représentée par Me Daniel MEYER
7, rue Ferdinand-Hodler
1207 – G E N E V E

RECOURANTE

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE
97, rue de Lyon
Case postale 425
1211 – G E N E V E 13

INTIMEE

Siégeant : Madame Juliana BALDE, Présidente

Monsieur Roger LOZERON et Mme Florence BRUTSCH, juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____, de nationalité portugaise, est née en 1960 au Portugal et vit en Suisse depuis 1986.
2. Dès son arrivée à Genève, l'assurée a été employée durant quelques mois par l'entreprise X_____, avant de se mettre au service d'un particulier, Monsieur B_____, en tant qu'employée de maison durant 8 ans à plein temps.
3. Après la naissance de son deuxième enfant en mars 1993, Madame A_____ se dit trop fatiguée pour L_____ner dans son emploi et donne sa démission une année plus tard, soit pour le 31 juillet 1994.
4. Néanmoins, elle a rapidement repris un travail chez Y_____ à raison de 10 heures par semaine, puis est engagée dès avril 1995 en tant que nettoyeuse à mi-temps (20 heures/sem.) par l'entreprise Z_____.
5. Au mois de novembre 1996, l'assurée a fait une chute dans le cadre de son travail, qui a nécessité un arrêt de travail d'une quinzaine de jours.
6. Par la suite, elle a repris son travail, mais déclarait être gênée par des douleurs persistantes de l'épaule droite avec des sensations d'enflure de la main qui ont entraîné un arrêt complet de travail dès le 12 mars 1997.
7. Le 27 mai 1997, le Dr C_____, spécialiste en rhumatologie à qui l'intéressée a été adressée par son médecin traitant le Dr D_____, a conclu à une fibromyalgie, sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail de la patiente.
8. Le 3 octobre 1997, le Dr D_____, médecin généraliste qui a suivi la recourante depuis le mois de février 1997, a répondu à la demande de certificat médical du Dr E_____, médecin-conseil de l'UNION SUISSE ASSURANCE.

Le Dr D_____ a expliqué que les traitements opérés sur la personne de la recourante n'ont pas eu l'effet escompté sur ses troubles et que le Dr C_____, qui a examiné la patiente au mois de mai 1997 a posé un diagnostic de fibromyalgie, tout en soulignant que l'attitude de la patiente lui semblait très exagérée. L'incapacité de travail était estimée par le Dr D_____ à 100%.
9. Après avoir examiné la recourante et pris connaissance des avis de ses Confrères, le Dr E_____ a fixé une capacité de travail à 50% dès le 1^{er} décembre 1997 et à 100% dès le 1^{er} janvier 1998.
10. Pour faire suite à une demande de l'assurée par courrier recommandé du 6 novembre 1997, l'UNION SUISSE ASSURANCE a requis une expertise de la part du Dr F_____, spécialiste F.M.H. en rhumatologie, lequel a infirmé le

diagnostic de fibromyalgie primaire et s'est déclaré frappé par le comportement quasi hystérique de la patiente dont le but était peut-être de tromper les médecins qui l'examinent.

Selon ce médecin, il n'existait aucune pathologie organique susceptible d'expliquer la symptomatologie présentée par cette cliente et l'estimation de la capacité de travail établie par le Dr E_____ a été confirmée, tout en précisant qu'à son sens la capacité de travail de l'intéressée était déjà de 100%.

11. Le 20 janvier 1998, le Dr G_____, de la division de rhumatologie de l'Hôpital cantonal de Genève, qui est consulté par l'assurée pour avis sur fibromyalgie, a conclu que la patiente souffrait de cette maladie, laquelle rendait difficile le travail à 100% dans sa profession et permettait de discuter une rente à 50%.
12. En date du 9 février 1998, le Dr C_____ a confirmé qu'à son sens l'assurée souffrait d'une fibromyalgie et qu'elle était empêchée de travailler à 100%.
13. Dès le mois de février 1998, l'assurée a consulté le Dr H_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel lui a délivré le 5 février 1998 un certificat médical attestant que sa capacité de travail était nulle dès le 10 décembre 1997.

Dans un courrier du 9 février 1998 au Dr E_____ de l'UNION SUISSE ASSURANCE, ce médecin a posé un diagnostic provisoire d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et confirmé, le 4 mars 1998, l'incapacité professionnelle de la patiente, évoquant un risque d'évolution chronique.

14. Le 13 février 1998, l'assurée a déposé auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) une demande de prestations AI visant une rééducation dans la même profession.
15. Le 19 février 1998, le Dr I_____, Chef de Clinique au département de chirurgie de l'Hôpital cantonal de Genève a transmis au Dr H_____ un rapport confirmant la fibromyalgie et précisé que ce cadre nosologique n'entrait pas dans les possibilités de traitement de la chirurgie orthopédique actuellement.
16. En date du 18 mars 1998, le Dr J_____, spécialiste F.M.H. en psychiatrie et psychothérapie a rendu une expertise psychiatrique de l'assurée, sur demande du Dr E_____, médecin-conseil de l'assurance-maladie collective.

Selon ce spécialiste, la patiente n'était manifestement pas dépressive, ce qui excluait complètement le diagnostic d'état dépressif moyen de son Confrère, le Dr H_____, relevant pour le surplus que ce psychiatre lui prescrivait du Tramal et du Voltarène sans lui donner de médication antidépressive.

Il soulignait également qu'il n'avait jamais été fait allusion à des sentiments dépressifs dans aucun des rapports faits par les différents médecins.

En conclusion, plusieurs troubles pouvaient être évoqués, dont la production intentionnelle ou simulation de symptômes soit physiques, soit psychologiques, mais que le plus vraisemblable était une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (névrose de compensation) – sinistrose.

D'un point de vue psychiatrique, la patiente était capable de travailler à 100% dès le 1^{er} janvier 1998.

17. Le 30 mars 1998, le Dr K_____ a rendu un rapport médical AI, lequel retenait que l'incapacité de travail de l'assurée dans le champ d'activité de femme de ménage était de 100% de mi-mars 1997 au 30 septembre 1997, de 50% en décembre 1997 et de 100 à nouveau dès le 1^{er} janvier 1998, mais qu'un examen médical complémentaire était nécessaire.

D'après ce médecin, la capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales et des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

18. Le 9 septembre 1998, Me Daniel MEYER s'est constitué auprès de l'OCAI pour la défense des intérêts de l'assurée dans le cadre de la procédure.

En annexe à ce courrier figure une correspondance du 29 juin 1998 qui lui a été envoyée par le Dr C_____, lequel confirme que les médecins ont des points de vue divergents concernant l'état de santé de la patiente et conclut ainsi : « *C'est une parole contre une autre. Une expertise indépendante pourrait nous aider* ».

19. Par courrier du 21 décembre 1998, Me MEYER a informé l'OCAI que le Dr L_____, médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) avait estimé que la capacité de travail de l'assurée était de 50%. Le préavis de ce médecin a été transmis à l'OCAI par l'avocat le 20 janvier 1999.
20. Le 3 mai 1999, Me MEYER a transmis à l'OCAI un second préavis médical du 25 mars 2003, émanant du Dr M_____, également médecin-conseil de l'OCE, lequel a estimé la capacité de travail à 0%.
21. Suite à une note de son médecin-conseil, le Dr N_____, l'OCAI a confié le 5 juillet 1999 un mandant d'expertise médicale de l'assurée au centre d'observation médical AI à Bâle (ci-après : MEDAS) en raison des discordances dans les appréciations médicales du cas de l'assurée.
22. Le 11 septembre 2000, Me MEYER a transmis à l'OCAI un rapport du Dr R_____, spécialiste F.M.H. en rhumatologie, lequel concluait que la patiente souffrait de fibromyalgie, avec évolution régulière de la symptomatologie sans vraie modification depuis 1997.
23. Le 7 décembre 2000, le MEDAS a rendu son rapport d'expertise concernant les examens subis par l'assurée entre les 6 et 10 novembre 2000.

Le diagnostic rhumatologique posé par ce rapport retient un trouble somatoforme douloureux éloigné de l'image traditionnelle d'une fibromyalgie.

Le diagnostic psychiatrique retient quant à lui un trouble somatoforme douloureux avec une dysthymie chez une personne histrionique (théâtrale), avec des symptômes de dépression légère liée à la chronicité des douleurs.

Ce dernier diagnostic sera également celui retenu par la Commission formée des Dr O _____, P _____ et Q _____ pour le MEDAS.

S'agissant de l'amélioration de la capacité de travail, elle est jugée nulle sous l'aspect rhumatologique, le rapport relevant que des thérapies corporelles d'ordre somatique pourraient être entreprises, mais que leurs chances de réussite sont sérieusement compromises du fait de l'état psychologique de l'assurée. Par ailleurs, un changement de profession n'est pas recommandé et aucune mesure ne peut être prise pour améliorer son aptitude à travailler au vu de son état psychique et sa résistance aux thérapies.

Enfin, la capacité résiduelle de travail est estimée à 50%, ce qui signifie que l'assurée peut L _____ nuer à exercer son activité professionnelle à raison de 5 heures par jour. Pour les travaux ménagers, une incapacité de travail de 30% est reconnue sous l'angle somatique et psychique, alors qu'il existe en tout état de cause une incapacité de travail de 20% depuis le mois de mars 1997, date de l'arrêt définitif de travail.

24. Dans sa note du 15 décembre 2000 suite à l'expertise du MEDAS, le Dr N _____ a retenu les éléments suivants :

« Trouble somatoforme douloureux avec une dysthymie chez une personnalité histrionique. Le MEDAS ne confirme pas l'avis du médecin traitant qui estimait que toute reprise du travail était impossible. Dans son activité de nettoyeuse, la capacité résiduelle est de 50% (par rapport à un plein-temps) ou de 5 heures/jour.

CONCLUSION : L'assurée travaillait à mi-temps depuis 1995 ; il n'y a donc aucune diminution de la capacité de gain (selon l'art. 4 LAI) ».

25. Le 6 mars 2001, le Dr K _____ a certifié suivre l'assurée depuis le 6 juin 1991 et indiqué que son état de santé ne lui permettait plus de travailler à temps complet depuis 1994, alors qu'elle était en incapacité totale de travailler depuis le mois de mars 1997.
26. Le 7 mars 2001, l'OCAI a réalisé une enquête économique, laquelle concluait : *« compte tenu de l'enquête, considérer l'assurée comme une « active » à temps complet ».*
27. Le 15 mars 2001, l'OCAI a rédigé un projet d'acceptation de rente qu'elle a transmis à l'assurée.

D'après ce projet de l'OCAI, il ressortait des renseignements recueillis dans la cadre de l'instruction que l'assurée travaillerait à 100% si elle était en bonne santé et que, malgré son atteinte à la santé, elle pourrait travailler à 50% dans

son activité de nettoyeuse, de sorte qu'elle avait droit à une rente de l'AI basée sur un degré d'invalidité de 50%.

28. Par courrier du 3 mai 2001, l'OCAI a informé Me MEYER qu'il n'y avait pas lieu de procéder à une évaluation des empêchements à effectuer les tâches ménagères, et confirmé que, suite à l'enquête effectuée à domicile, il considérait qu'en bonne santé l'assurée aurait le statut d'active à 100%, ce qui lui donnait le droit à une demi-rente, compte tenu de l'expertise.
29. Dans un courrier du même jour, Me MEYER a contesté le taux d'invalidité retenu par l'OCAI et lui a demandé d'accorder une rente d'invalidité complète à sa cliente.

A ce courrier étaient joints deux certificats médicaux.

Le premier, daté du 26 avril 2001, émanait du Dr H_____ et justifiait la demande de mise à l'invalidité totale en raison de syndromes psycho-somatiques.

Le second, du Dr C_____, du 27 avril 2001, confirmait que l'assurée souffrait d'une fibromyalgie et d'un état dépressif rendant nulle sa capacité de travail.

30. Le 23 mai 2001, l'OCAI a transmis à Me MEYER le rapport d'enquête ménagère et l'a informé que son projet de décision avait été confirmé par le Dr N_____, auquel le dossier avait été soumis une deuxième fois et qui avait relevé : « *Il est habituel que le médecin traitant ait un avis plus favorable en raison des liens privilégiés qui existent. Dès lors que les conclusions de l'expertise sont claires et basées sur une étude complète de la situation, il faut se baser sur ses conclusions* ».
31. Par décision du 14 septembre 2001, l'OCAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité, assortie de rentes complémentaires pour les enfants dès le 1^{er} mars 1998.
32. Me MEYER a interjeté recours contre cette décision par un acte reçu le 19 octobre 2001 par la Commission cantonale de recours en matière d'AVS-AI (ci-après : la Commission), soutenant que l'OCAI ne s'était fondé que sur l'avis d'un seul rapport, celui du MEDAS, en écartant « *les avis contradictoires des médecins consultés par la recourante, qui s'accordaient à dire (sic) qu'elle souffrait de fibromyalgie et d'un état psycho-somatique* ».

Pour le surplus, Me MEYER rappelait les certificats médicaux des Dr C_____, K_____, R_____ et M_____, ainsi que la teneur de l'article 28 LAI.

Pour Me MEYER : « *il est patent que le seul et unique potentiel de la recourante est son état physique. L'atteinte à son intégrité physique depuis 1993 lui a enlevé toute chance de réintégration dans la vie professionnelle* ».

Le recours concluait à l'annulation de la décision de l'OCAI, à l'allocation à la recourante d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 1998 pour une durée illimitée et à l'octroi de dépens.

33. Dans son préavis du 18 décembre 2001, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

En substance, l'OCAI a relevé que les médecins consultés avaient des points de vue divergents et que plusieurs d'entre eux considéraient la patiente comme capable de travailler, de sorte qu'une expertise globale était nécessaire.

De cette expertise était ressorti une capacité de travail de 50% que l'OCAI avait retenue, justifiant cette décision par la jurisprudence ainsi que par des dispositions des circulaires en matière AI.

34. Dans sa réplique du 4 février 2002, Me MEYER a persisté dans ses conclusions et indiqué que l'expertise du MEDAS ne répondait pas aux exigences de la jurisprudence.
35. Par courrier du 25 février 2002, Me MEYER a encore fait parvenir à la Commission un rapport médical établi le 5 septembre 2001 par le Dr S_____, lequel concluait que l'examen neuro-myographique effectué au MI avait permis d'exclure une atteinte motrice et qu'il avait par ailleurs été observé une extinction des conductions sensibles du nerf saphène interne.
36. Par courrier du 14 mars 2002, l'OCAI a maintenu sa position.
37. Suite à une demande de précisions émanant de la Commission, le MEDAS a indiqué par courrier du 24 octobre 2002 qu'il existait une différence considérable entre les plaintes subjectives et l'examen objectif dans le cas de la recourante, cela accompagné d'un état démonstratif histrionique, ce qui avait d'ailleurs déjà été constaté par d'autres médecins.
38. Le 20 novembre 2002, Me MEYER a fait parvenir à la Commission un rapport médical du 20 mars 2002 de la Dresse T_____ de l'Hôpital cantonal, ainsi qu'une lettre du Dr K_____ du 7 octobre 2002, lesquelles faisaient état de douleurs à la jambe gauche.
39. Par courrier du 21 novembre 2002, l'OCAI a souligné que les précisions apportées par le MEDAS confirmaient la position prise et qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'expertise.
40. Me MEYER et l'OCAI ont une nouvelle fois respectivement persisté dans leurs conclusions par courriers des 13 et 17 décembre 2002.
41. Le 30 juin 2003, Me MEYER a transmis à la Commission un rapport médical du Département des Neurosciences Cliniques et Dermatologie de l'Hôpital Cantonal, où la recourante avait séjourné du 29 avril au 16 mai 2003.

La capacité de travail à la sortie était évaluée à 0% et le diagnostic confirmait les douleurs à la jambe, la fibromyalgie, l'état dépressif jugé sévère, ainsi que de l'arthrose à l'épaule.

42. Par courrier du 8 juillet 2003, l'OCAI a remarqué que ce rapport médical faisait suite à une récente hospitalisation de la recourante et se prononçait sur l'état de santé de l'assurée à ce moment précis, de sorte que ce rapport devait être écarté de la procédure.

43. La cause a ensuite été gardée à juger.

* * *

EN DROIT

Préalablement :

1. La Loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 a été modifiée et un Tribunal cantonal des assurances sociales a été institué dès le 1^{er} août 2003 (cf. article 1 lettre r LOJ - E 2 05). Conformément à l'article 3 alinéa 3 des dispositions transitoires de la loi du 14 novembre 2002 modifiant la LOJ, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi précitée et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales. La compétence du Tribunal de céans est dès lors établie pour trancher du présent litige.
2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467, consid. 1, 121 V 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la LAI et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.

De la recevabilité :

1. Déposé dans les formes et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable à la forme, en vertu des articles 69 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (ci-après : LAI ; RS 831.20), dans son ancienne teneur et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (ci-après LAVS ; RS 831.10).

Au fond :

1. Selon l'article 4 alinéa 1^{er} LAI, *« l'invalidité au sens de la présente loi est la diminution de la capacité de gain, présumée 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 »*.
2. L'alinéa 2 précise que *« l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération »*.
3. Le droit à la rente est déterminé par l'article 28 alinéa 1^{er} LAI qui dispose que *« l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 pour cent au moins. La rente est échelonnée comme il suit, selon le degré d'invalidité :*

<i>Degré de l'invalidité</i>	<i>Droit à la rente en fraction d'une rente entière</i>
<i>40 pour cent au moins</i>	<i>un quart</i>
<i>50 pour cent au moins</i>	<i>une demie</i>
<i>66 2/3 pour cent au moins</i>	<i>rente entière</i>

4. Selon l'alinéa 2 du même article, « *pour l'évaluation de l'invalidité, 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* ».
5. Le Conseil fédéral est chargé par l'article 28 alinéa 3 LAI d'édicter des prescriptions complémentaires sur l'évaluation de l'invalidité des assurés qui n'avaient pas d'activité avant d'être invalides.
6. Se fondant sur cette norme de délégation, le Conseil fédéral a édicté les articles 27 et 27^{bis} du Règlement sur l'assurance-invalidité (ci-après : RAI ; 831.201).
7. Selon l'article 27^{bis} RAI, « *lorsque les assurés n'exercent une activité lucrative qu'à temps partiel ou apportent une collaboration non rémunérée à l'entreprise de leur conjoint, l'invalidité pour cette part est évaluée selon l'art. 28, al. 2, LAI. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels au sens de l'art. 5, al. 1, LAI, l'invalidité est fixée selon l'art. 27 pour cette activité-là. Dans ce cas, il faudra déterminer la part respective de l'activité lucrative ou de la collaboration apportée à l'entreprise du conjoint et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question* ».
8. Toutefois, ainsi qu'en dispose l'alinéa 2, « *s'il y a lieu d'admettre que les assurés, s'ils ne souffraient d'aucune atteinte à la santé, exerceraient, au moment de l'examen de leur droit à la rente, une activité lucrative à temps complet, l'invalidité sera évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative* ».
9. En l'espèce, la recourante conteste le taux d'invalidité de 50% retenu par l'OCAI et soutient être invalide à 100%, au vu des avis de certains des médecins qu'elle a consultés.
10. Tout d'abord, selon le n° 3005 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (ci-après : CIIAI), « *afin de déterminer la méthode qui sera retenue, il faut examiner concrètement l'activité que la personne assurée exercerait si elle n'avait pas subi d'atteinte à sa santé* ».

-
11. Dans la mesure où la recourante a déclaré à plusieurs reprises qu'elle exercerait une activité à temps complet si elle ne souffrait d'aucun problème de santé, il y a lieu de faire application de l'art. 27^{bis} alinéa 2 RAI pour évaluer son degré d'invalidité, soit selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative.
 12. Cette déclaration ressort de l'enquête économique sur le ménage réalisée par l'OCAI: « *en bonne santé, l'assurée affirme qu'elle aurait L_____ nué à exercer une activité professionnelle à plein temps, son fils cadet était à l'époque gardé par sa sœur* ».
 13. Dans ces conditions, ainsi que l'a remarqué l'OCAI à juste titre, il faut « *considérer l'assurée comme une « active » à temps complet* ».
 14. S'agissant du taux d'invalidité, il y a lieu de souligner tout d'abord qu'il ne correspond pas forcément à l'incapacité de travail retenue par les médecins (CIIAI, n° 3004), ainsi que semble le penser la recourante.
 15. Dans le cas qui nous occupe, la méthode générale de comparaison des revenus pourra être utilisée, s'agissant d'une assurée ayant dû interrompre ou cesser son activité lucrative pour cause de maladie ou d'accident et qui, sans handicap, aurait L_____ nué à exercer une activité lucrative (CIIAI, n° 3009).
 16. Le risque couvert par l'assurance-invalidité et donnant droit à des prestations est basé sur des faits médicaux. Pour juger des questions juridiques qui se posent, les organismes d'assurance et les juges des assurances sociales doivent se baser sur des documents qui sont établis essentiellement par des médecins (ATF 122 V 158).
 17. Dans l'assurance-invalidité, il est possible de fixer les faits médicaux déterminants sur le plan juridique en recourant aux rapports demandés par l'office AI aux médecins traitants, aux expertises de spécialistes extérieurs et aux examens pratiqués par les centres d'observation créés à cet effet (art. 69 al 2 et 72 bis RAI ; ATFA du 31 juillet 1997, pratique VSI 1997, page 318).
 18. Dans le cas présent, les avis émis par les nombreux médecins ayant examiné la recourante étaient très divergents.

Pour exemple, les Dr C_____, U_____ et H_____ la considèrent comme totalement incapable de travailler dès 1997 en raison de fibromyalgie et d'état dépressif, alors qu'au même moment, les Dr E_____, F_____ et J_____ pensent qu'elle dispose de sa pleine capacité de travail dès 1998.

Le Dr L_____ estime quant à lui qu'une capacité de 50% est raisonnablement exigible de la patiente.

19. Au vu de ces importantes divergences d'opinion, l'OCAI a décidé à juste titre de demander à un centre d'observation médical, à savoir le MEDAS à Bâle, de réaliser une expertise globale de la patiente.
20. Le droit fédéral ne fixe aucune prescription sur la manière d'apprécier les moyens de preuve, le principe de la libre appréciation des preuves s'appliquant en matière de procédure administrative.

Selon ce principe, les organismes d'assurance et les juges apprécient librement les preuves, ce qui signifie, s'agissant de la procédure de recours, que le juge des assurances sociales doit examiner objectivement tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les pièces à sa disposition permettent de porter un jugement sur le droit litigieux. S'il se trouve en présence de rapports médicaux contradictoires, il ne peut pas liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble du matériel probatoire et indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une thèse médicale et non pas sur une autre (ATFA du 31 juillet 1997, pratique VSI 1997, page 319).

21. D'après la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 161, consid. 1c).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soient claires et que les conclusions du médecin soient bien motivées (ATF 122 V 160 et les références).

22. Dans le cas d'espèce, le MEDAS a procédé sur une semaine à un examen complet et minutieux de l'état de santé de l'assurée. Pour ce faire, les experts se sont appuyés sur l'entier du dossier, notamment les certificats médicaux des médecins ayant examiné la patiente auparavant, de sorte qu'on ne peut que constater que ce rapport se base sur un dossier bien étayé.

Une anamnèse complète a été réalisée et la patiente a été entendue plusieurs fois par les médecins. Le rapport est circonstancié sur 17 pages et ses conclusions sont claires et unanimes. L'état de santé de la recourante a fait l'objet d'examens approfondis et l'on ne saurait attendre de nouvelles investigations médicales de nouveaux éléments qui pourraient modifier tant soit peu les résultats acquis.

Sur la base de ses investigations, le rapport du MEDAS fixe dans ses conclusions la capacité résiduelle de travail de la recourante dans la même

profession à 50%, précisant que la patiente est encore capable de travailler 5 heures par jour.

S'agissant de la même profession, la baisse de revenu, et en conséquence le taux d'invalidité, équivaut également à 50%, ouvrant à la recourante le droit à une demi rente d'invalidité.

Par ailleurs, les conclusions du MEDAS ont été confirmées en tant que besoin par courrier du 24 octobre 2002.

23. Ainsi, l'expertise médicale répondant tout à fait aux exigences posées par la jurisprudence, il convient dès lors de lui accorder pleine force probante - quand bien même elle infirmerait l'avis d'autres médecins - et de ne pas s'écarter de ses conclusions. Le rapport d'expertise du MEDAS ne prête donc pas le flanc à la critique, de sorte que les doléances élevées par Me MEYER à son égard seront écartées.
24. Il y a lieu de préciser ici que les mesures de réadaptation ne sont pas indiquées dans le cas d'espèce, ainsi que plusieurs médecins, dont le Docteur N_____ de l'OCAI et le MEDAS, l'on constaté.
25. Enfin, s'agissant des pièces nouvelles produites en cours de procédure par le mandataire de la recourante, elles ont également été écartées par le Tribunal, dans la mesure où elles ne décrivaient plus l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (notamment rapports transmis par Me MEYER les 20 novembre 2002 et 30 juin 2003).

En effet, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, « *le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 248 consid. 1a et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4). Or, les circonstances invoquées par la recourante sortent de l'objet de la contestation et ne sont pas de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (sur ce point, ATF 99 V 102 et les arrêts cités)* ».

Le dépôt d'une demande en révision par la recourante auprès de l'intimé en cas d'aggravation reste donc réservé.

26. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

* * *

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

Statuant

A la forme :

1. Reçoit le recours ;

Au fond :

1. Le rejette ;
2. 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 qu'elle 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 L. _____ ent 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

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

Le présent arrêt est communiqué pour notification aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe