



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1573/2003

ATAS/490/2004

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

4^{ème} chambre

du 23 juin 2004

En la cause

Madame G _____, représentée par CAP Protection juridique, Rue _____ recourant
Monnier 4, à Genève, en les bureaux duquel elle élit domicile

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de _____ intimé
Lyon 97, 1211 GENEVE 13

**Siégeant : Mme Juliana BALDE, Présidente, Mmes Doris WANGELER et Karine
STECK, juges.**

EN FAIT

1. Madame G _____, née le février 1964, d'origine portugaise, mariée, mère de deux enfants nés en 1990 et 1992, n'a pas de formation professionnelle. Elle a travaillé à Paris dès l'âge de 16 ans comme femme de chambre dans un hôtel, employée de maison, garde d'enfant ou femme de ménage, jusqu'en 1990. Elle est arrivée en Suisse en 1992 et s'est consacrée à l'éducation de ses enfants jusqu'en 1996, date à laquelle elle a entrepris une activité de bobineuse.
 2. De février 1997 à mars 1998, l'assurée a été au chômage et dès mars 1998, elle a été engagée comme ouvrière d'atelier par X _____ SA, à plein temps.
 3. Le 19 décembre 1998, alors que l'assurée se trouvait en vacances, elle a été victime d'un accident de circulation en France, soit un carambolage où trois voitures étaient impliquées. Elle a été examinée par les médecins de l'établissement hospitalier lesquels ont constaté une contusion mandibulaire, une plaie superficielle de la gencive et une contusion du genou gauche. Aucune incapacité de travail n'a été accordée pour les suites de cet accident et l'intéressée n'a pas annoncé le cas à la SUVA.
 4. Se plaignant de douleurs au genou droit cette fois, l'intéressée a consulté le Docteur A _____, qui a fait pratiquer des radiographies. Le premier examen effectué le 17 septembre 1999 s'est révélé normal, alors que le second du 24 septembre 1999 conclut à une lésion de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit. L'assurée a annoncé l'accident de 1998 à la SUVA le 3 novembre 1999.
 5. Une arthroscopie pratiquée à établissement hospitalier le 28 mars 2000 n'aurait pas confirmé le diagnostic de déchirure complexe du ménisque interne, mais le rapport a fait état d'une chondropathie du condyle fémoral interne et d'une lésion partielle à l'insertion proximale du LCA (cf. pièce no. 14, fourre 4 assurances, dossier OCAI).
 6. L'intéressée a été mise en incapacité de travail à 100% dès le 23 mars 2000 et n'a plus repris d'activité depuis lors.
 7. Le 6 avril 2001, la SUVA a informé l'assurée qu'il ne reconnaissait pas les suites de l'accident de la circulation du 19 décembre 1998 et a confirmé son refus de verser des prestations au-delà du 18 août 2000. Il a également refusé d'admettre les prétentions à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. La SUVA s'est fondée sur le rapport de son médecin d'arrondissement, qui a examiné l'assurée. Dans son rapport du 4 avril 2001, ledit médecin a rappelé qu'à la suite de l'accident du 19 décembre 1998, l'assurée était allée consulter au Établissement hospitalier; les médecins ont fait état d'une contusion du genou gauche. Les troubles présentés par l'assurée en 1999, soit les gonalgies droites à caractère chronique, sont liées à une chondropathie du stade IV du condyle fémoral interne survenant sur un terrain de
-

douleur vertébrale diffuse, une surcharge pondérale et à un état anxio-dépressif. Ces troubles sont de nature malade et n'incombent pas à l'assurance-accident.

8. L'opposition formée par l'intéressée a été rejetée par la SUVA le 13 septembre 2001, au motif que le rapport de causalité adéquate n'était pas démontré et qu'il s'agissait d'un cas de maladie.
 9. L'intéressée a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité en date du 7 mai 2001, visant à l'octroi d'une rente. L'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a interrogé le médecin-traitant de l'assurée, le Docteur B _____ ; ce dernier a posé les diagnostics de chondropathie stade IV du condyle fémoral interne du genou droit, cervicalgies chroniques, un état dépressivo-anxieux chronique, une tendinopathie sous-épineuse de l'épaule gauche, obésité, hypercholestérolémie, discopathie et perturbation des tests hépatiques. Il a indiqué que les atteintes à la santé existaient depuis l'été 1999 et mentionne une incapacité de travail de 100% dès le 24 juillet 2000.
 10. L'OCAI a confié une expertise psychiatrique au Docteur C _____. Dans son rapport du 26 avril 2002, l'expert a posé le diagnostic de troubles de l'adaptation avec humeur dépressive prolongée, où le facteur stress est identifiable avec la douleur. Elle ne présente pas d'autres souffrances psychopathologiques. La symptomatologie est focalisée au sentiment de dévalorisation avec des idées suicidaires fugaces, actuellement disparues. La patiente reste désespérée par l'inefficacité des mesures thérapeutiques et la prolongation de son incapacité de reprendre ses activités d'antan. Un traitement psychiatrique adéquat devrait pouvoir progressivement permettre à l'assurée de reprendre ses activités avec une meilleure tolérance des douleurs résiduelles. Quant à l'incapacité de travail, il l'estime à 50% du point de vue psychiatrique et également à 50% dans l'activité habituelle, d'après la propre évaluation de la patiente. Dans une activité adaptée, la capacité dépend de la qualité valorisante de l'activité, autrement elle est également de 50%.
 11. Répondant à des questions plus précises de l'OCAI, l'expert a indiqué dans un rapport complémentaire du 12 juin 2002 que la symptomatologie dépressive présentée par l'assurée est qualifiée de relativement légère parce qu'elle ne comporte pas de manifestations trop graves et massives. Elle n'empêche cependant pas de provoquer un état de mal-être, ce qui est à l'origine de l'incapacité psychiatrique de travail à 50%.
 12. L'OCAI a demandé un examen médical au service médical régional AI SMR LEMAN, lequel a procédé à un examen clinique bidisciplinaire de l'assurée en date du 11 septembre 2002. Dans son rapport du 18 septembre 2002, le SMR LEMAN a diagnostiqué un trouble de l'adaptation, une réaction dépressive prolongée, actuellement en rémission. L'assurée ne présente pas de signes florides de la lignée dépressive en faveur d'une dépression majeure, ni de signes florides de la lignée
-

psychotique. Du point de vue psychiatrique, l'examen clinique n'a pas montré de maladie psychiatrique ou de trouble de la personnalité morbide. Selon le SMR LEMAN, l'assurée présente une capacité de travail exigible à 100%, dans toutes les activités.

13. Le médecin-traitant de l'assurée a adressé sa patiente à l'Hôpital cantonal, division de rhumatologie, pour une évaluation. Dans son rapport du 29 novembre 2002, le professeur D _____, médecin-chef du service de la division de rhumatologie, a posé le diagnostic de fibromyalgie, hyperlaxité articulaire, chondropathie fémoro-patellaire droite, obésité et état dépressif modéré. Ce rapport a été communiqué à l'OCAI.
 14. Par décision du 29 janvier 2003, l'OCAI a refusé l'octroi de prestations à la recourante, au motif que la capacité de travail exigible est totale dans toute les activités, dès lors que l'assurée ne présente pas de maladie psychiatrique, pas de trouble morbide de la personnalité et aucune limitation fonctionnelle.
 15. Représentée par la CAP Compagnie d'assurance de protection juridique SA, l'assurée a formé opposition contre cette décision, qui a été rejetée par l'OCAI le 20 mai 2003, au motif qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux.
 16. Par acte du 29 juin 2003, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours auprès de la Commission cantonale de recours en matière d'AVS-AI, invoquant une incapacité de travail totale depuis le 22 février 2000. Elle conteste le rapport du SMR LEMAN et se réfère aux rapports médicaux du Docteur B _____ et D _____ qui, tous deux, posent le diagnostic de fibromyalgie. Subsidiairement, elle demande l'ouverture d'enquêtes, l'audition des médecins ainsi que la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire.
 17. Dans sa réponse du 7 août 2003, l'OCAI relève que selon les renseignements médicaux en sa possession, l'assurée ne présente pas de limitation fonctionnelle et l'état anxio-dépressif est relativement léger. D'autre part, l'examen auprès du SMR LEMAN a révélé qu'il n'y avait pas de signe de dépression majeure, ni de maladie psychiatrique. En l'occurrence, l'OCAI considère que le trouble somatoforme douloureux est non invalidant. D'autre part, l'expertise répond en tous points aux conditions de la jurisprudence quant à sa valeur probante, de sorte qu'il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une autre expertise.
 18. L'assurée a maintenu son recours et informé le Tribunal cantonal des assurances sociales, auquel la cause a été transmise d'office dès le 1^{er} août 2003, qu'elle avait décidé de faire procéder, à ses frais, à une expertise médicale au CHUV. Elle a transmis au Tribunal de céans le rapport médical établi par les médecins du CHUV le 12 novembre 2003, dans lequel les médecins posent les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (fibromyalgie), migraines et dysthymie.
-

L'incapacité de travail de la patiente est à leur avis de 80% et le pronostic est sombre du fait qu'elle est en arrêt de travail depuis plus de trois ans.

19. Invité à se déterminer, l'OCAI a conclu au rejet du recours, relevant que l'expertise en cause n'apporte rien de nouveau, et que l'incapacité de travail de 80% n'est ni motivée, ni justifiée par les médecins.
20. Pour le surplus, les divers allégués des parties ainsi que les éléments pertinents résultant du dossier seront repris, en tant que de besoin, dans la partie en droit ci-après.

EN DROIT

1. a) La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 1 let. r LOJ).

Dans un arrêt du 30 mars 2004, cependant, le Tribunal administratif (ci-après TA) a constaté d'office la nullité de l'art. 1 let. r LOJ, considérant que le TCAS avait été créé en violation de l'art. 131 de la Constitution genevoise - Cst GE -.

- b) Force est de constater que cette conclusion ne saurait lier le tribunal de céans, aux motifs suivants :
 - elle ne figure pas dans le dispositif de l'arrêt. Or, seul le dispositif d'un jugement peut acquérir l'autorité de la chose jugée, et non ses motifs. L'autorité de la chose jugée ne s'étend à ceux-ci que dans la mesure où le dispositif y renvoie expressément et où ils se rapportent à la question litigieuse (ATF 96 I 295 ; Knapp, Précis de droit administratif, 4^{ème} édition, 1991, p. 248 ss ; Habscheid, droit judiciaire privé suisse, 1981 p. 313 et ss.).
 - l'autorité de la chose jugée ne vaut quoi qu'il en soit que pour les moyens que le tribunal pouvait examiner (cf. Knapp, op. cit. p. 251). Or, il apparaît en l'espèce douteux que le TA devait, et même pouvait, à l'occasion d'un recours interjeté pour violation des droits politiques contre un arrêté du Conseil d'Etat fixant la date de l'élection des juges assesseurs au TCAS, contrôler la constitutionnalité de la loi instituant cette juridiction.
-

- une loi inconstitutionnelle ne saurait être déclarée nulle. Seul, l'acte pris en application de celle-ci est annulable (cf. Jean-François Aubert, *Bundesstaatsrecht der Schweiz*, vol. I, 1991, p. 178, note 430). Il convient au surplus de relever qu'un tribunal se doit en règle générale d'agir avec retenue, plus particulièrement lorsque les conséquences de l'annulation bouleverseraient tout un régime juridique (ATF 112 Ia 313). Tel est manifestement le cas ici, dès lors que le considérant topique de l'arrêt du TA revient à nier l'existence d'une juridiction qui fonctionne depuis le 1^{er} août 2003 déjà, et dont les juges titulaires, ainsi que les juges suppléants, ont été régulièrement élus.

c) Le TCAS examine d'office sa compétence ; vu l'arrêt du TA du 30 mars 2004 niant jusqu'à son existence, il a également à vérifier la conformité à l'art. 131 Cst GE de la loi l'instituant.

Le TCAS est une juridiction administrative spéciale, en ce sens qu'elle traite du domaine particulier des assurances sociales. Il y a lieu de rappeler que selon l'art. 57 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales -LPGA-, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, chaque canton institue un tribunal des assurances, qui statue en instance unique sur les recours dans le domaine des assurances sociales. Cette disposition légale fédérale oblige les cantons à regrouper tout le contentieux des assurances sociales sous le même toit, contentieux jusque là réparti à Genève entre diverses commissions cantonales de recours et le TA. C'est ainsi pour répondre à l'exigence posée par la loi fédérale que le législateur genevois a créé le TCAS.

Selon l'art. 131 al. 1 Cst GE, « La loi établit des tribunaux permanents pour juger toutes les causes civiles et pénales ; elle en règle le nombre, l'organisation, la juridiction et la compétence ». Lors de la création du TA en 1971, la disposition constitutionnelle a été complétée par un alinéa 2, libellé comme suit : « Un tribunal administratif est institué pour statuer sur les recours de droit administratif dans les cas où la loi le prévoit ».

La Constitution s'interprète selon les mêmes principes que les lois ordinaires. Les règles d'interprétation permettant au juge de dégager le sens d'une disposition sont connues : ce dernier peut recourir à une interprétation littérale, historique, téléologique ou systématique de la norme. Le juge devra partir prioritairement du texte clair de la loi. Le TA, dans son arrêt du 30 mars 2004, a considéré que le texte de l'art. 131 al. 2 Cst GE ne laissait pas de place pour d'autres tribunaux statuant sur les recours de droit administratif ; il a interprété « un tribunal » comme signifiant « un seul tribunal ». Or, l'art. 131 al. 2 Cst GE précise que ce tribunal administratif est institué « dans les cas où la loi le prévoit ». C'est dire que nécessairement le reste du contentieux administratif relève d'autres

juridictions. Ainsi l'interprétation littérale permet à elle seule de conclure que le terme « un » doit être qualifié, grammaticalement, d'article indéterminé.

Une telle analyse est du reste confirmée par les interprétations historique et téléologique. Il résulte des travaux préparatoires (Mémorial du Grand Conseil – MGC - 1970, p. 554 ss.) que le législateur en 1970 entendait créer, aux côtés des juridictions civiles et pénales existantes prévues à l'art. 131 al. 1 Cst GE, un tribunal administratif indépendant du pouvoir exécutif. Ce tribunal était destiné à remplacer les autres autorités – Conseil d'Etat, commissions de recours, etc... qui avaient à connaître des recours contre les décisions des départements. Il n'était cependant pas question que ce remplacement soit général, raison pour laquelle ce tribunal s'était vu doté de compétences d'attribution. Il était évident que certaines commissions spéciales devaient subsister, notamment en raison de leur composition particulière (composition paritaire, experts...). Selon le Mémorial du Grand Conseil, p. 557, « dans le système envisagé, le TA, le Conseil d'Etat et les commissions spécialisées dont le maintien aura été décidé, constitueront autant de juridictions administratives distinctes et indépendantes, entre lesquelles se répartiront les compétences ».

Dès le 1^{er} janvier 2000, le TA a été mis au bénéfice d'une clause générale de compétence. Il est ainsi devenu la juridiction administrative supérieure de droit commun (art. 56 A LOJ). A nouveau, le maintien des commissions de recours spéciales a été expressément réaffirmé (MGC 1997, p. 9430). La constitutionnalité de ces juridictions n'a de plus jamais été remise en cause, ni par le TF ni par le TFA. On ne voit pas dans ces conditions ce qui aurait empêché le législateur, quelques années plus tard, de confier la compétence en matière d'assurances sociales, jusque là dévolues à ces commissions de recours, à une juridiction administrative spéciale, le TCAS en l'occurrence.

Si l'on devait suivre l'interprétation du TA dans son arrêt du 30 mars 2004, non seulement le TCAS, mais également toutes les autres commissions de recours spéciales, y compris celles rattachées au TA lui-même seraient inconstitutionnels. Tel n'a manifestement pas été le but visé par le législateur.

Au vu de ce qui précède, la création du TCAS en application de la LPGa est conforme à la Constitution genevoise.

L'élection des juges assesseurs ayant par ailleurs été annulée par le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 27 janvier 2004, le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février 2004, une disposition transitoire permettant au TCAS de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux assesseurs.

2. Conformément à l'article 3 alinéa 3 des dispositions transitoires de la loi du 14 novembre 2002 modifiant la LOJ, la présente cause, introduite avant l'entrée en
-

vigueur de la loi et pendante devant la Commission cantonale de recours AVS-AI a été transmise d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, statuant en instance unique, sur les contestations en matière d'assurance-invalidité notamment (cf. article 56 V LOJ). 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 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003. Elle est applicable à l'AI, sauf dérogation expresse de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (art. 1 alinéa 1 LAI, teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2003).

Interjeté dans la forme et délai légaux dès la notification de la décision sur opposition, reçue le 30 mai 2003 par la CAP, le recours est recevable (art. 56, 60 alinéa 1 LPGA).

3. Aux termes de l'article 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Elle est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Selon l'article 8 alinéa 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mis en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain)(ATF 127 V 299). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelle activité 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 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2).

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, 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 2000 p. 153 consid. 2a et les références ; ATFA non publié I 68/01 du 27 mars 2001). Les causes de l'atteinte à la santé psychique ne jouent pas de rôle quand il s'agit de décider si celle-ci revêt ou non un caractère invalidant (PRA 1997 n° 49 p. 256 consid. 4b in fine). Ce qui est décisif, c'est de savoir si une atteinte à la santé psychique, indépendamment de son origine, entraîne une incapacité de travail et de gain (ATFA non publié I 68/01 du 27 mars 2001).

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATF 120 V 119). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160). A cet égard, la doctrine a décrit en détail la tâche de l'expert médical, lorsque celui-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant de troubles somatoformes. Selon Mosimann, sur le plan psychiatrique, l'expert doit poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur la gravité de l'affection. Il doit évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assuré d'une activité lucrative. Ce pronostic tiendra compte de divers critères, tels une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, une comorbidité psychiatrique, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale, un éventuel profit tiré de la maladie, le caractère chronique de celle-ci sans rémission durable, une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution, l'échec de traitement conformément aux règles de l'art. Le cumul des critères précités fonde un pronostic défavorable. Enfin, l'expert doit s'exprimer sur le cadre psychosocial de la personne examinée. Au demeurant, la recommandation de refus d'une rente doit également reposer sur différents critères. Au nombre de ceux-ci figurent la divergence 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 (MOSIMANN, Somatoforme Störungen : Gerichte und psychiatrische Gutachten, RSAS 1999, p. 1 ss et 105 ss, VSI 2000 p. 1555, ATFA n° I 229/01 Mh du 9 octobre 2001). Le Tribunal fédéral des assurances a encore souligné qu'on ne saurait reconnaître l'existence d'une incapacité de travail résultant d'un syndrome douloureux sur la base d'éléments qui entrent certes dans les critères déterminants susceptibles de justifier une incapacité de travail mais qui, chez la personne expertisée, se manifestent sous une forme atténuée. Pour admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, encore

faut-il que celui-ci revête un minimum de degré de gravité (ATFA n° I 759/01 du 20 septembre 2002).

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 soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 ; VSI 2000, p.154). Si le rapport médical ne donne pas un tableau suffisamment clair de l'atteinte à la santé et de ses effets sur la capacité de travail pour décider de manière fiable du droit aux prestations, l'office AI ordonne un examen médical supplémentaire. Cet examen peut normalement être effectué par un médecin-spécialiste ou dans une division d'hôpital. Lorsqu'un examen pluridisciplinaire est nécessaire, l'office AI mandate un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI). Un examen plus complet peut raisonnablement être exigé d'un assuré et n'est pas disproportionné lorsque le dossier n'est pas suffisamment documenté sur l'état de santé, la capacité de travail et les possibilités de réadaptation de la personne assurée (RCC 1980, p. 346). 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 353).

Par ailleurs, s'agissant de la capacité de travail – dans une activité exigible - d'un assuré dont la pathologie est principalement ou exclusivement marquée par la douleur, sans substrat organique ou sans corrélation avec un état clinique patent, il y a lieu de retenir principalement les conclusions globales de l'expertise pluridisciplinaire et non celles, forcément sectorielles, des différents intervenants à l'expertise. En effet, l'expertise pluridisciplinaire, qui prend en compte l'ensemble des différents troubles présentés par le patient et leurs interférences possibles, paraît appropriée à une détermination objective de la capacité de travail (ATFA non publié du 22 juillet 2003 en la cause I 304/03, ATFA non publié du 6 août 2003 en la cause I 50/03).

4. En l'espèce, il y a lieu de relever que la recourante souffre de douleurs diffuses depuis plusieurs années, exacerbées par un accident de la circulation le 19 décembre 1998. Toutefois, les différents examens complémentaires pratiqués par la suite n'ait permis de diagnostiquer qu'une chondropathie fémoro-patellaire, ainsi que le mentionne le Professeur D _____, du service de rhumatologie de l' ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER. L'examen clinique pratiqué par ce dernier a mis en évidence des signes évidents de fibromyalgie. Les mobilités articulaires
-

étaient normales et la patiente ne présentait pas d'atteinte neurologique (cf. pièce no. 17, fourre 3, dossier OCAI). Le Professeur D_____ ne se prononce pas sur la capacité de travail de la recourante, mais souligne que l'importance des douleurs peut suffire à entraîner une gêne considérable et même une invalidité professionnelle. Les personnes souffrant de fibromyalgie ont également souvent des troubles du sommeil, une fatigabilité et état dépressif dans près de 30 % des cas. Pour le cas de la recourante, qui ne travaille plus depuis 3 ans, le pronostic professionnel est très sombre. Dans un rapport médical du 29 novembre 2002 à l'attention du médecin traitant de l'assurée, le Professeur D_____ mentionnait que la recourante présentait une fibromyalgie associée avec un état dépressif modéré.

Le docteur C_____, médecin-psychiatre, a retenu un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive prolongée. Bien que la symptomatologie soit légère, il a attesté d'une incapacité de travail de 50 %, en indiquant que le mal-être est à l'origine de cette incapacité de travail. Cet argument n'est pas convaincant, dans la mesure où la recourante ne souffre d'aucune affection psychiatrique, une humeur dépressive n'étant à cet égard pas suffisante.

L'examen clinique auquel a procédé le SMR LEMAN à la demande de l'OCAI a conclu à l'absence de limitations fonctionnelles psychiques qui puissent justifier une incapacité de travail durable. Le trouble de l'adaptation avec humeur dépressive prolongé retenu par le Dr C_____ a eu une évolution favorable, suite à la prise en charge médicale par son médecin-traitant, accompagné d'un léger traitement antidépresseur et est en rémission. Les médecins ont souligné que la patiente est une femme dynamique et très ouverte à la relation. Ils n'ont pas objectivé de symptômes de la lignée dépressive ou psychotique. L'environnement psychosocial n'est pas perturbé. En conclusion, la recourante a présenté une évolution fluctuante, mais qui ne justifie aucune incapacité de travail durable et, du point de vue psychiatrique, la capacité de travail exigible est de 100 %.

Le Tribunal de céans constate que l'expertise du SMR LEMAN est en tous points conforme à la jurisprudence pour lui conférer une pleine valeur probante ; il n'a en conséquence aucun motif de s'en écarter. Il ne se justifie dès lors pas d'ordonner une nouvelle expertise, ni d'entendre les médecins.

**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 recevable le recours interjeté par Madame G_____ contre la décision sur opposition rendue par l'OCAI le 20 mai 2003;

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
