



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1767/2002

ATAS/635/2004

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**2<sup>ème</sup> chambre**

**du mardi 17 août 2004**

En la cause

**Madame C** \_\_\_\_\_, mais comparant par Me BRATSCHI Gilbert, en recourante  
l'étude duquel elle élit domicile

contre

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

**Siégeant : Mme Isabelle DUBOIS, Présidente, Mmes Juliana BALDE et Maya CRAMER, juges.**

---

### EN FAIT

1. Madame C \_\_\_\_\_, ressortissante portugaise née en février 1952, est arrivée en Suisse en 1986. Elle a notamment travaillé comme nettoyeuse auprès de l'établissement hospitalier de 1989 à 1997, à plein temps. Elle a présenté une incapacité totale de travail depuis le 12 décembre 1998.
2. En date du 24 janvier 1997, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité visant à l'octroi d'une rente, en raison d'arthrose au dos et d'hernies discales.
3. Dans un rapport du 14 mars 1997, son médecin traitant, le Dr A \_\_\_\_\_, a diagnostiqué un syndrome vertébral lombaire sur troubles statiques et dégénératifs lombaires et lombo-sacrés en présence d'une hernie discale L5-S1 médiane et para-médiane gauche ; un syndrome cervical secondaire réactionnel ; un genua valga avec chondropathie rotulienne en poussées douloureuses subaiguës, des pieds transverses affaîssés avec hallux valgus bilatéral au début, une fibromyalgie, ainsi qu'une inégalité des membres inférieurs. L'incapacité de travail était totale depuis le 12 décembre 1996, mais une activité adaptée, sans lever ou porter de charges, ni passer des aspirateurs ou engins lourds notamment sur les escaliers, était adaptée à l'état de santé de l'assurée. Ce médecin a formulé les remarques suivantes : « Il s'agit d'un cas plutôt de problème de placement, l'activité actuelle ne convient pas à la patiente à cause des efforts à effectuer (...). Le cas est un cas limite pour l'assurance-invalidité selon le médecin soussigné. La patiente a été avertie de la possibilité d'envisager un changement de travail par ses propres moyens, c'est-à-dire de chercher une activité mieux adaptée à elle-même, pouvant ainsi donner son congé sans subir de préjudice et pouvant retravailler dans une autre activité immédiatement ».
4. Dans un rapport intermédiaire du 18 janvier 1998, le Dr A \_\_\_\_\_ a exposé que l'état de santé de sa patiente était stationnaire. Il n'y avait aucune évolution depuis le 14 mars 1997. Il a estimé que dans l'état actuel, l'on pouvait envisager une activité sans gros effort. Il fallait toutefois tenir compte du fait que l'assurée n'avait plus travaillé depuis le 12 décembre 1996.
5. L'assurée a effectué un stage d'observation professionnelle au Centre d'intégration professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après le COPAI) du 21 juin au 16 juillet 1999. A l'issue du stage, les maîtres professionnels ont formulé les conclusions suivantes : « L'évaluation professionnelle des capacités résiduelles de Madame C \_\_\_\_\_, effectuée par les maîtres du COPAI, conclut à une capacité de travail (rendement) de 80 % après une période de réentraînement à l'effort de quatre mois, en tenant compte des limitations citées dans notre rapport et celui de notre médecin consultant, à savoir : pas de port de lourdes charges, mobilité partielle, activités simples. Les activités possibles sont :

opératrice sur presse ou sur machine, ouvrière à l'établi, ouvrière en gainerie. Une adaptation du poste devrait être nécessaire. Nous soulignons que l'assurée n'est pas d'accord avec nos conclusions étant convaincue de son incapacité à reprendre une activité professionnelle. C'est pourquoi il nous semble nécessaire d'entamer rapidement une mesure de réentraînement et d'envisager, par la suite, une mise en stage en entreprise par l'entremise de notre service ESPACE ». Le médecin conseil du COPAI, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que la patiente souffrait de lombalgies communes sur troubles dégénératifs mineurs avec syndrome cervical secondaire. Elle était également partiellement handicapée par des genua valga avec chondropathies rotuliennes et le tableau général évoluait vers une fibromyalgie d'expression moyenne actuellement. Elle n'avait plus eu d'activité professionnelle depuis plus de deux ans et se faisait soutenir et aider à domicile par l'ensemble de sa famille, convaincue de ses difficultés. Il existait ainsi un indéniable bénéfice secondaire à cette situation d'incapacité de travail. Cependant, le stage effectué au COPAI avait mis en évidence une capacité résiduelle de travail quasi totale dans des activités adaptées (pas de port de lourdes charges, mobilité partielle, activités simples ; cf. attestation du Dr B\_\_\_\_\_ du 24 juillet 1999).

6. L'assurée a effectué un deuxième stage (stage OSER), du 30 août au 29 novembre 1999. Cependant, ce stage a été interrompu en date du 18 novembre 1999 en raison d'un arrêt médical établi par le médecin traitant. Les maîtres du réentraînement ont souligné qu'à aucun moment l'assurée n'était entrée dans une démarche de reprise de travail, bien que les activités données soient tout à fait adaptées à son état de santé.
  
7. L'assurée a été soumise à une expertise médicale pluridisciplinaire, effectuée au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité à Lausanne (ci-après le COMAI). La patiente a fait l'objet d'un examen clinique et rhumatologique le 7 mai 2001 ainsi que d'un examen psychiatrique le 9 mai 2001. Selon l'expert psychiatre, l'expertisée ne présentait aucun symptôme de la lignée dépressive, le sommeil était conservé avec l'aide de stilnox, l'appétit sans particularité et le moral était décrit comme bon. L'expertisée reconnaissait quelques soucis financiers mais ne se sentait pas particulièrement angoissée. L'expert a posé le diagnostic suivant : syndrome douloureux somatoforme persistant. Elle ne présentait cependant aucune symptomatologie psychiatrique, hormis sa douleur chronique. Le collège des experts a retenu les diagnostics suivants avec influence essentielle sur la capacité de travail : syndrome douloureux somatoforme persistant sous la forme de fibromyalgie. D'un point de vue rhumatologique, l'assurée souffrait de lombalgies, ayant tendance à diffuser à tout le rachis, ainsi qu'aux membres supérieurs et inférieurs et le bilan radiologique effectué faisait état de troubles statiques et dégénératifs mineurs. Elle présentait des douleurs diffuses du système locomoteur avec présence de quinze points de fibromyalgie à la palpation. D'un point de vue global, les experts ont considéré que la capacité de

travail de l'expertisée s'élevait actuellement à 80% dans une activité professionnelle légère, excluant le port de charges supérieures à 15 kg et les mouvements répétitifs du rachis. Pour autant que l'on puisse prendre en compte ces restrictions, son activité professionnelle de nettoyeuse apparaissait adaptée. Selon les experts, au vu de l'échec des dernières mesures de reconversion professionnelle, des mesures de réadaptation étaient probablement illusoire chez cette patiente, compte tenu surtout de son fatalisme et de son manque apparent de motivation. La patiente semblait avoir en effet accepté ses douleurs et fonctionnait dans un équilibre qu'elle ne souhaitait vraisemblablement pas voir déranger. Le début de la maladie de longue durée remontait à décembre 1996. Le pronostic était réservé compte tenu de l'intensité de la symptomatologie douloureuse dont se plaignait la patiente ainsi que de l'absence de projection dans l'avenir. Cependant, il fallait relever l'absence de pathologie psychiatrique, qui pouvait être considérée comme vecteur de bon pronostic.

8. Dans un rapport d'examen du SMR Léman (Service médical régional de l'assurance-invalidité), la Dresse C \_\_\_\_\_ a évalué, sans examen clinique, et sur la base du rapport du COMAI, une capacité exigible dans l'activité habituelle de 80% avec les limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvements répétitifs du rachis et en porte-à-faux, pas de port de charges supérieures à 15 kg et pas travaux lourds. Les très nombreux examens pratiqués ainsi que l'expertise avaient permis d'exclure une atteinte à la santé invalidante. Il avait été reconnu tout au plus une incapacité de travail de 20% dans l'activité habituelle, non améliorable par une activité adaptée.
9. En date du 6 février 2002, l'OCAI a requis un rapport médical du nouveau médecin traitant de l'assurée, le Dr D \_\_\_\_\_. Ce dernier a diagnostiqué un syndrome polyalgique idiopathique diffus avec des épisodes de décompensation de type fibromyalgique de plus en plus fréquents et invalidants existant depuis 1997. Les diagnostics suivants étaient sans répercussion sur la capacité de travail : dépression larvée, constipation opiniâtre dans le cadre d'une colopathie fonctionnelle, allergie de contact. L'état de santé de l'assurée était stationnaire, avec des périodes d'aggravation. La capacité de travail ne pouvait être améliorée par des mesures médicales. L'assurée était traitée actuellement par antidépresseur, anxiolytique, AINS si nécessaire, calcium et vitamine D. Ce médecin a relevé que la patiente était réellement handicapée physiquement et mentalement. Selon l'assurance-invalidité, il apparaissait qu'elle pouvait travailler dans une activité moins stressante et pénible que celle de femme de ménage ; or il s'avérait qu'après chaque effort de plus de 15 à 30 minutes, elle devait se reposer et même se coucher. Il semblait par conséquent difficile qu'elle exerçât une quelconque activité, d'autant plus qu'elle parlait et comprenait mal le français. Selon le Dr D \_\_\_\_\_, l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible. Il y avait une diminution de rendement de 100%. L'on pouvait exiger de l'assurée une autre

activité qu'il restait à trouver ou à inventer. Même dans ce cadre, il fallait s'attendre à une diminution du rendement.

10. Par décision du 21 juin 2002, l'OCAI a refusé toute prestation à l'assurée, au motif qu'elle présentait tout au plus une incapacité de travail de 20% dans son activité habituelle et qu'elle pouvait reprendre celle-ci à 80% en évitant les efforts lourds et le port de charges exceptionnelles.
11. Par courrier du 12 août 2002, l'assurée a recouru contre cette décision, concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et subsidiairement à l'ordonnance d'une expertise médicale rhumatologique et psychiatrique. Elle a expliqué que l'activité de nettoyeuse qu'elle exerçait à établissement hospitalier était une activité lourde qu'elle ne pouvait plus exercer en raison de ses douleurs. Elle s'est référée au rapport de son médecin traitant, le Dr D\_\_\_\_\_, qui l'estimait incapable d'exercer une quelconque activité. La péjoration constante de son état de santé, notamment au niveau de sa fibromyalgie, rendait totalement illusoire une quelconque activité. Au sein de son propre ménage, la recourante ne pouvait pratiquement plus accomplir ses tâches, en tout cas celles qui nécessitaient des efforts physiques tels que le travail au sol, le nettoyage, le repassage, les vitres. Elle devait être aidée par son mari et sa famille et après tout effort devait s'allonger. Selon son médecin traitant, elle devait même rester alitée plusieurs jours d'affilée.
12. Dans une réplique du 16 octobre 2002, l'OCAI s'est référé à l'expertise médicale effectuée au COMAI, selon laquelle d'un point de vue psychiatrique, aucun symptôme de la lignée dépressive ne pouvait être mentionné. Seul le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant pouvait être retenu sans autre trouble psychique ou atteinte à la personnalité. D'un point de vue global, l'on pouvait considérer que la capacité de travail de la recourante s'élevait actuellement à 80% dans une activité professionnellement légère, excluant le port de charges supérieures à 15 kg et les mouvements répétitifs du rachis. Pour autant que l'on puisse prendre en compte ces restrictions, son activité professionnelle de nettoyeuse apparaissait adaptée. De surcroît, au vu de l'échec des dernières mesures de reconversion professionnelle, des mesures de réadaptation apparaissaient illusoires compte tenu surtout du fatalisme de la recourante et de son manque apparent de motivation. Les conclusions du rapport d'expertise COMAI étaient de surcroît corroborées par les résultats de l'expertise COPAI, ainsi que par l'appréciation des médecins du SMR Léman. Enfin, le nouveau rapport médical du Dr D\_\_\_\_\_ ne permettait pas de revenir sur les conclusions de l'expertise, l'appréciation du médecin traitant étant toujours plus favorable à l'assuré en raison des liens particuliers qui l'unissait à son patient.
13. Dans une duplique du 22 novembre 2002, la recourante a contesté les résultats du COMAI et persisté dans les conclusions de son recours. En effet, une nettoyeuse

travaillant sur de grandes surfaces comme à l'établissement hospitalier, devait effectuer des travaux avec des appareils lourds, nettoyer des vitres et des sols, passer la cireuse et l'aspirateur, se pencher fréquemment, ce que son état de santé ne lui permettait absolument pas. Enfin, l'OCAI n'avait pas tenu compte du rapport du Dr D \_\_\_\_\_, 2<sup>ème</sup> médecin traitant, qui estimait que les épisodes de fibromyalgie étaient de plus en plus fréquents et invalidants, ce qui prouvait bien l'existence d'une aggravation progressive de son état de santé. Elle ne pouvait en réalité exercer aucune activité.

14. Dans les observations du 16 décembre 2002, l'OCAI a maintenu sa position telle qu'exprimée dans son préavis du 16 octobre 2002.
15. En date du 1<sup>er</sup> août 2003, la cause a été transmise au Tribunal de céans vu les modifications de la loi cantonale sur l'organisation judiciaire.
16. Par courrier du 26 novembre 2003, le Tribunal de céans a posé plusieurs questions au SMR Léman, concernant les différents éléments pris en considération par le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) en cas de troubles somatoformes douloureux.
17. En réponse à ce courrier, les médecins ont formulé les remarques suivantes :
  - Aucune structure de la personnalité avec traits prémorbides, aucune comorbidité psychiatrique, en particulier aucun symptôme de la lignée dépressive selon le COMAI.
  - Il ne s'agissait pas d'une affection corporelle chronique grave, excepté pour l'allergie de contact.
  - Aucune perte d'intégration sociale en ce qui concernait la famille.
  - Profit tiré de la maladie concernant le travail ; aide et compassion de la part de la famille.
  - Caractère chronique de la maladie sans rémission durable : oui, pour le syndrome douloureux, non, pour le sommeil qui a répondu au traitement.
  - Durée de plusieurs années de la maladie avec symptômes stables ou en évolution : il y avait eu des épisodes d'aggravation mais l'affection durait depuis plusieurs années sans changement notable. Les troubles objectifs du rachis (troubles statiques et dégénératifs) étaient mineurs chez cette patiente et n'avait pas changé durant ces dernières années.
  - Divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé : l'assuré indiquait ne rien pouvoir faire chez elle, mais elle se déplaçait et se déshabillait normalement.
  - Allégation d'intenses douleurs aux caractéristiques restant vagues : oui, car il s'agissait de douleurs touchant pratiquement toutes les parties du corps. Dans le trouble somatoforme douloureux, les douleurs étaient diffuses et ne correspondaient ni à un organe particulier ni aux dermatoses.

- Plaintes très démonstratives laissant l'expert insensible : si les experts du COMAI avaient retenu une capacité de travail de 80%, c'est qu'ils avaient relativisé l'importance des handicaps annoncés par l'assurée en se basant sur les limites fonctionnelles objectives qui étaient quasiment inexistantes.
  - Il y avait de lourds handicaps malgré un environnement social intact ; l'assurée entretenait de très bons contacts avec sa famille et avec ses médecins ; elle sortait faire une promenade tous les jours, il n'y avait aucun problème dans la démarche qui était aisée ; elle estimait même avoir une qualité de vie acceptable (cf. page 12, expertise COMAI). Il n'y a pas de handicap dans les actes ordinaires de la vie.
  - Degré de gravité du trouble somatoforme douloureux : faible objectivement, très important selon l'assurée (cf. courrier du SMR Léman, Dr E \_\_\_\_\_, du 26 novembre 2003).
18. Le Tribunal de céans a ordonné une comparution personnelle des parties qui s'est tenue le 13 janvier 2004. A cette occasion, la recourante a rappelé qu'elle ne pouvait plus exercer d'activité de nettoyeuse, ce d'autant plus que son état s'était aggravé. Elle avait notamment été hospitalisée pour un problème cardiaque. Les résultats de l'expertise retenant un taux de capacité de travail de 80% étaient donc contestés, a fortiori dans la profession de nettoyeuse qui supposait certains travaux lourds dont il avait été reconnu qu'elle ne pouvait plus les effectuer. Elle ne faisait pas de recherche d'emploi même à temps partiel car elle était incapable de travailler. Elle ne pouvait plus effectuer son ménage à l'exclusion du lit avec l'aide de son mari. Elle avait également de la difficulté à préparer les repas. La recourante a expressément demandé à ce que le formulaire « troubles somatoformes douloureux » soumis au SMR Léman le soit également au Dr D \_\_\_\_\_, ce qui fut fait le 14 janvier 2004.
17. Dans sa réponse du 27 mars 2004, le Dr D \_\_\_\_\_ a formulé les remarques suivantes. Sa patiente présentait une structure de personnalité avec traits prémorbides ; il n'existait pas de comorbidité psychiatrique ; l'assurée présentait des affections chroniques corporelles, une perte d'intégration sociale, un éventuel profit tiré de la maladie, un caractère chronique de la maladie sans rémission durable, une durée de plusieurs années de la maladie avec symptômes stables ou en évolution ; il n'y avait pas de divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, ni d'allégation d'intenses douleurs aux caractéristiques restants vagues, ni d'absence de demande de soins, ni de plaintes très démonstratives laissant l'expert insensible. Par contre on trouvait de grandes divergences entre les informations fournies par la patiente et celles ressortant de l'anamnèse. Il y avait également l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. Enfin le degré du trouble somatoforme douloureux était à évaluer.
18. Par courrier du 5 avril 2004, l'OCAI a persisté dans les termes et conclusions de ses précédentes écritures.

19. Par courrier du 22 avril 2004, la recourante a soulevé qu'il y avait de très importantes différences entre les réponses du Dr E \_\_\_\_\_ du SMR Léman et celles du Dr D \_\_\_\_\_, médecin-traitant. Elle a conclu à l'audition du Dr D \_\_\_\_\_ ainsi qu'à l'ordonnance d'une expertise psychiatrique.
20. Par ordonnance du 3 mai 2004, le Tribunal de céans a rejeté la demande d'audition du Dr D \_\_\_\_\_, a pris note de la demande de la recourante de l'ordonnance d'une expertise psychiatrique et a gardé la cause 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.

Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1<sup>er</sup> juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (arrêt 1P. 183/2004).

Egalement saisi de la question de l'inconstitutionnalité du Tribunal cantonal des assurances sociales, il a déclaré que la création de ce tribunal ne pouvait être remise en cause, vu la force dérogatoire du droit fédéral, soit en l'occurrence l'art. 57 LPGA.

2. Conformément à l'art. 3 al. 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, statuant en instance unique sur les contestations en matière d'assurance-invalidité (cf. article 56 V LOJ). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
3. Le Tribunal de céans constate en outre que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux, est recevable à la forme, conformément aux art. 69 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI) et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS).
4. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et a entraîné la modification

de nombreuses dispositions dans le domaine de l'assurance-invalidité. La législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 demeure toutefois déterminante en l'espèce. En effet, d'après la jurisprudence, la législation applicable en cas de changement de règles de droit reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 125 V 467 consid. 1 ; 126 V 166 consid. 4b), les faits sur lesquels l'autorité de recours peut être amenée à se prononcer dans le cadre d'une procédure de recours de droit administratif étant par ailleurs ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b). Les dispositions de la LAI seront citées dans leur teneur valable jusqu'au 31 décembre 2002.

5. En l'occurrence, il s'agit de déterminer le degré d'invalidité de la recourante, et, le cas échéant, son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
6. Aux termes de 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'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28, al. 1 LAI). Dans les cas pénibles, une invalidité de 40% au moins ouvre droit à une demi-rente (art. 28, al. 1bis LAI).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA), l'objet de l'assurance n'est pas l'atteinte à la santé en soi ; ce sont plutôt les conséquences économiques qui en découlent, soit l'incapacité de réaliser un gain par un travail exigible (ou d'accomplir les travaux habituels pour les non actifs). La notion d'invalidité est ainsi une notion juridique, basée sur des éléments essentiellement économiques, qui ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin ; ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 105 V 207 et ss. ; 106 V 88 ; 110 V 275 ; RCC 1981 p. 124 consid. 1a).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 158 consid. 1).

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. 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 1996 p. 318 consid. 2a, p. 321 consid. 1a, p. 424 consid. 1a ; RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références).

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc ; RSAS 1997 p. 75 ; RAMA 1996 No U 256 p. 217 et ss. consid. 5 et 6). 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, consid. 4b). 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 le degré de 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 traitements conformes 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 et ss. et 105 et ss. ; VSI 2000 p. 155 consid. 2c).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 290 consid. 1b ; 112 V 32 et ss. et les références).

En ce qui concerne, par ailleurs, 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 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297 et ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332 et ss.).

A cet égard, MEINE souligne que l'expertise doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (MEINE, l'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualités actuelles ? in RSAS 1999, p. 37 et ss.). Dans le même sens, BUEHLER expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (BUEHLER, Erwartungen des Richters an der Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567 et ss.).

---

Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité 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. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). 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.

- 7a. En l'occurrence, le premier médecin traitant de la recourante, le Dr A \_\_\_\_\_ a estimé que sa patiente présentait une capacité totale de travail dans une activité adaptée, sans lever ou porter de charges, ni passer des aspirateurs ou engins lourds (cf. rapport du 13 mars 1997). En date du 18 janvier 1998, ce médecin a réitéré son appréciation, à savoir que la recourante pouvait envisager d'entreprendre une activité sans gros efforts. A l'issue du stage d'observation professionnelle effectué de juin à juillet 1999, les experts professionnels ont également évalué la capacité de travail de l'assurée à 80% (rendement de 80%) après une période de réentraînement à l'effort du quatre mois en tenant compte des limitations suivantes : pas de port de charges lourdes, mobilité partielle, activités simples. Les activités possibles étaient celles d'opératrice sur presse ou sur machines, ouvrière à l'établi, ouvrière en gainerie.
- 7b. En mai 2001, la recourante a été soumise à une expertise médicale pluridisciplinaire. Elle a fait l'objet d'un examen rhumatologique et psychiatrie. L'assurée se plaint de lombalgies, irradiantes dans tout le rachis, les épaules, les membres supérieurs et inférieurs. De manière générale, elle note un fond douloureux chronique qui peut aller jusqu'à 10 sur l'échelle analogique de la douleur. Elle est parfois réveillée la nuit, mais ne peut pas dire de quel type de douleurs il s'agit. D'un point de vue rhumatologique, la recourante souffre de lombalgies irradiantes dans tout le rachis ainsi que dans les membres supérieurs et inférieurs. Les radiographies de la colonne totale mettent essentiellement en évidence des troubles statiques modérés au niveau cervical et dorsal, ainsi que des troubles dégénératifs touchant les espaces lombaires inférieurs. De plus, la recourant présente des douleurs diffuses du système locomoteur, avec à l'examen

clinique la présence de 15 points de fibromyalgie douloureux à la palpation. Le diagnostic évoqué en premier lieu est celui de fibromyalgie, mais, en raison de l'existence de points de contrôle positifs, et d'une douleur, considérée comme au centre du tableau clinique, les experts retiennent plutôt le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, diagnostic un peu plus large que celui de fibromyalgie. Quant à la consultation psychiatrique, l'expert psychiatre expose que la recourante ne présente aucun symptôme de la lignée dépressive, le sommeil est conservé à l'aide de stilnox, l'appétit est sans particularité, le moral est décrit comme bon, cette dernière ne se sent pas particulièrement angoissée. Elle ne présente aucune symptomatologie psychiatrique, hormis sa douleur chronique, c'est pourquoi l'expert psychiatre retient le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Il formule les remarques suivantes : « L'expertisée sur un mode très fataliste semble avoir accepté ses douleurs et avoir une qualité de vie acceptable dans l'équilibre qu'elle a trouvé aujourd'hui ». D'un point de vue global, le collège des experts considère que la capacité de travail de la recourante s'élève à 80% dans une activité professionnelle légère, excluant le port de charges supérieures à 15kg et les mouvements répétitifs du rachis. Pour autant que l'on puisse prendre en compte les restrictions, son activité professionnelle de nettoyeuse apparaît adaptée.

Il faut tout d'abord constater que cette expertise a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence du TFA. En effet, elle se fonde sur une documentation complète, fait l'objet d'une étude fouillée concernant les points importants, tient compte des plaintes de la recourante et pose des diagnostics précis sur la base d'une anamnèse détaillée. Les conclusions sont claires et l'assurée a fait l'objet d'un examen psychiatrique, requis en matière de troubles somatoformes douloureux.

Les experts du COMAI partagent d'ailleurs les mêmes conclusions concernant la capacité de travail de la recourante que les maîtres professionnels du COPAI.

- 7c. Il faut dès lors examiner si le trouble somatoforme douloureux dont est atteint la recourante a valeur d'invalidité au sens de l'assurance-invalidité. Il s'agit d'examiner les différents critères dégagés par la jurisprudence du TFA, qui ont été soumis au SMR Léman et au nouveau médecin traitant de la recourante, le Dr D\_\_\_\_\_.

Les médecins du SMR Léman ont constaté que le degré de gravité de l'affection de la recourante est faible, la patiente ne présente aucune structure de la personnalité avec trait prémorbide, aucune comorbidité psychiatrique, en particulier aucun symptôme de la ligne dépressive (critères postulant contre une atteinte ayant valeur de maladie au sens de l'assurance-invalidité). L'affection chronique corporelle est en revanche grave (critère en faveur d'une maladie), mais il n'y a aucune perte d'intégration sociale. La recourante entretient de bons

contacts avec sa famille et ses médecins et sort faire une promenade tous les jours; elle est bien entourée et voit ses enfants plusieurs fois par semaine (critères postulant contre une atteinte ayant valeur de maladie au sens de l'assurance-invalidité). Il existe un profit tiré de la maladie concernant le travail et la famille qui lui apporte aide et compassion (critère postulant contre une atteinte ayant valeur de maladie au sens de l'assurance-invalidité). La recourante présente également un caractère chronique de la maladie sans rémission durable quant au syndrome douloureux ; il y a cependant eu plusieurs épisodes d'aggravation passagers, mais l'affection dure depuis plusieurs années sans changement notable (critère en faveur d'une maladie). Les troubles objectifs du rachis (troubles statiques et dégénératifs) sont mineurs chez la patiente (critère postulant contre une atteinte ayant valeur de maladie au sens de l'assurance-invalidité) et n'ont pas changé durant ces dernières années. Il existe des divergences entre les douleurs décrites et le comportement observé, puisque le recourante indique ne rien pouvoir faire chez elle, mais se déplace et se déshabille normalement (critère postulant contre une atteinte ayant valeur de maladie au sens de l'assurance-invalidité). Les douleurs intenses présentent des caractéristiques restant vagues (critère postulant contre une atteinte ayant valeur de maladie au sens de l'assurance-invalidité), touchant pratiquement toutes les parties du corps, les plaintes sont démonstratives et malgré lesdites plaintes, les experts du COMAI retiennent une capacité de travail de 80% dans son ancienne activité de nettoyeuse.

De ces appréciations, le Tribunal de céans constate que les critères les plus importants faisant des troubles somatoformes douloureux une atteinte à la santé ayant valeur de maladie au sens de l'assurance-invalidité font défaut, à savoir, la comorbidité psychiatrique, soit une atteinte psychiatrique moyenne et la perte d'intégration sociale. En outre, les troubles objectifs du rachis sont mineurs et il existe des divergences entre les douleurs décrites et le comportement observé, ce qui représentent des critères négatifs. Ces derniers sont d'ailleurs bien plus nombreux que les critères postulant en faveur d'une maladie au sens de l'assurance-invalidité.

Les conclusion du Dr D\_\_\_\_\_ ne diffèrent d'ailleurs pas énormément de l'estimation des médecins du SMR Léman, puisque ce dernier estime également qu'il n'existe pas de comorbidité psychiatrique, mais un éventuel profit tiré de la maladie, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. Il ne pose pas d'évaluation quant à la gravité du trouble somatoforme douloureux. En revanche, il admet une perte d'intégration sociale et il constate également le caractère chronique de la maladie sans rémission durable, une durée de plusieurs années de la maladie avec symptômes stables ou en évolution et il estime que sa patiente est totalement incapable de travailler.

Ses conclusions ne sont cependant pas à même de remettre en question celles des experts indépendants, notamment en raison du fait que 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 et du fait qu'il n'a pas toujours l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci d'être le plus utile possible à ce dernier. D'autre part, ce médecin n'est ni spécialiste en rhumatologie ni spécialiste en psychiatrie, alors que, concernant les troubles somatoformes douloureux, l'intervention d'un expert psychiatre est nécessaire, selon la jurisprudence du TFA.

Ainsi, il y a lieu de constater, au vu des différents critères examinés, que le trouble somatoforme douloureux dont est atteinte la requérante n'a pas valeur de maladie au sens de l'assurance-invalidité. Le degré d'invalidité est donc nul et cette dernière n'a droit à aucune prestation, si ce n'est l'aide au placement à sa demande.

Pour le surplus, il y a lieu de relever que selon les conclusions des experts COPAI et des experts COMAI, la requérante présenterait, si ses troubles avaient valeur de maladie au sens de l'assurance-invalidité, une capacité de travail de 80% dans sa profession de nettoyeuse, ce qui correspondrait à un degré d'invalidité de 20%, n'ouvrant droit à aucune rente.

Enfin, le dossier étant complet, une nouvelle expertise psychiatrique ne se justifie pas.

En effet, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450 ; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2<sup>e</sup> éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320 ; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2<sup>e</sup> éd., p. 274 ; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 II 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

Au vu de ce qui précède, force est de constater que le recours, mal fondé, doit être rejeté.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :  
conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable ;

**Au fond :**

**Préalablement :**

2. Rejette la demande d'expertise psychiatrique sollicitée ;

**Cela fait :**

3. Rejette le recours ;
4. Dit que la procédure est gratuite ;
5. 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:

Pierre RIES

La Présidente :

Isabelle DUBOIS

La secrétaire-juriste :

Frédérique GLAUSER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe