

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/972/2007

ATAS/78/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 24 janvier 2008

En la cause

Madame C _____, comparant avec élection de domicile en
l'étude de Maître SOMMER Jean-Charles

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de
Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Christine KOEPEL et Violaine LANDRY-
ORSAT, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame C _____, née en août 1963, couturière de profession, a travaillé à la confection de petits coussins pour les présentoirs de montres X _____. Elle exerçait cette activité à domicile et effectuait également des ménages. Depuis 2001, l'intéressée travaillait au surplus comme nettoyeuse pour la société Y _____ SA à raison de 8 heures 30 par semaine pour un salaire de 17 fr. 50 de l'heure (pièce 14 OCAI).
2. Le 21 mars 2002, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI).
3. A été versé au dossier un rapport d'expertise établi le 29 juin 2001 à la demande de LA GENEVOISE ASSURANCES par le Dr A _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, (pièce 13 OCAI).

Le Dr A _____ a retenu les diagnostics suivants : lombosciatalgies droites chroniques, cervicalgies chroniques, fibromyalgie et état dépressif.

Il ressort de l'anamnèse que l'assurée a souffert, depuis 1995 environ, de lombalgies irradiant dans le membre inférieur droit avec des périodes d'exacerbation (rachialgies) entrecoupées de périodes plus calmes. En raison de cette symptomatologie, elle a été, durant les dernières années, à plusieurs reprises et pour des périodes relativement prolongées, en arrêt de travail. Des anti-inflammatoires et des séances de physiothérapie lui ont été prescrits. Les examens pratiqués ont mis essentiellement en évidence une hernie discale L5-S1 droite, probablement en rapport avec la racine S1 droite, et de discrets troubles dégénératifs au niveau cervical notamment une uncarthrose entraînant une sténose foraminale C5-C6 à gauche.

Suite à une nouvelle exacerbation des rachialgies et des douleurs au membre inférieur droit, l'assurée a été mise en arrêt de travail le 20 décembre 2000.

Elle se plaint de cervicalgies irradiant dans l'épaule droite, de douleurs à l'épaule droite augmentées par le décubitus latéral et les mouvements d'abduction et d'antépulsion et de lombalgies irradiant dans le membre inférieur droit. Elle présente par ailleurs une importante asthénie et des troubles du sommeil. Malgré l'arrêt de travail et la poursuite des traitements, l'évolution n'a pas été favorable. Se sont ajoutés au tableau clinique une gastrite à hélicobacter pilori ainsi qu'un état dépressif.

Le Dr A _____ a conclu à un "tableau de douleurs chroniques diffuses à point de départ rachidien lombaire touchant également le rachis cervical". A l'examen clinique, il s'est déclaré frappé par la présence de tous les points de fibromyalgie. Il

a précisé qu'au niveau du membre inférieur droit, l'appréciation était compliquée. Le médecin s'est déclaré très pessimiste quant à une éventuelle reprise du travail chez la patiente vu l'importance des douleurs chroniques présentées et l'état dépressif venant majorer le tableau. Il a souligné que le médecin-traitant de la patiente mettait sur pied une prise en charge psychiatrique.

Le Dr A_____ a conclu que l'arrêt de travail était justifié et une reprise du travail à court ou moyen terme très hypothétique.

4. Le Dr B_____, spécialiste FMH en chirurgie, interrogé par l'OCAI, a rendu un rapport en date du 13 mai 2002 (pièce 8 OCAI). Il y a posé les diagnostics suivants : fibromyalgie depuis 2001, lombosciatalgies depuis 1993, hernie discale en 1995, cure de hernie discale en 2001, état dépressif de longue date, cervicarthrose, dorsolombalgies, troubles neurologiques dans les membres droits et migraines. Le médecin a également invoqué, tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une hernie hiatale, une gastrite à hélicobacter positif depuis 2001, un tunnel carpien bilatéral opéré à droite et une anémie.

Le Dr B_____ a conclu à une incapacité totale de travail à compter du 20 décembre 2000. Il a expliqué que sa patiente a souffert de façon épisodique de lombosciatalgies et a vu ses douleurs exacerbées en 1995-1996; une hernie discale L5-S1 et des discopathies ont alors été mises en évidence. La patiente se plaignant également de fortes migraines avec photophobie et sonophobie, une IRM a été pratiquée en 1996 qui n'a rien montré de particulier. Quant à son état dépressif, il s'est aggravé, avec alternance d'abattement et de nervosité, angoisses, insomnies et cauchemars quasi quotidiens. La symptomatologie douloureuse - qui touche toute la colonne, particulièrement cervicale et lombaire, avec des paresthésies aux deux membres supérieurs mais également au niveau du membre inférieur droit - s'est aggravée.

Le médecin conclut à une probable atteinte radiculaire des deux membres supérieurs. Le tunnel carpien droit a été opéré le 16 mai 2002 ce qui a eu pour conséquence la disparition des atteintes du territoire médian. En revanche le côté gauche est demeuré symptomatique mais sans justifier une intervention chirurgicale.

La hernie discale L5-S1 a été opérée le 23 octobre 2001 mais les douleurs ont malgré tout persisté avec des irradiations dans le membre inférieur droit et diminution de la sensibilité profonde et superficielle de la face externe de la jambe droite.

Le syndrome dépressif est toujours présent malgré une petite amélioration suite à l'instauration d'un traitement psychiatrique et d'une médication.

Le syndrome algique (céphalées, migraines, cervicalgies, dorsalgies, lombosialgies) est toujours présent et invalidant puisqu'il empêche la patiente de vaquer à ses occupations ménagères habituelles, de marcher au-delà de 100m et nécessite souvent des phases d'alitement et de fréquents changements de position.

Le médecin a conclu à l'incapacité d'exercer la moindre activité, aussi faible soit-elle.

5. Également interrogé par l'OCAI, le Dr D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport le 19 juillet 2002 (pièce 23 OCAI). Il y indique que l'assurée présente un état dépressif moyen depuis 2000 et préconise un examen médical complémentaire. Il décrit la patiente comme ralentie, avec un élan vital diminué, des troubles du sommeil avec endormissement difficile et réveil précoce, une anhédonie, une baisse de la libido, des sentiments de découragement et de démotivation. Le Dr D_____ a conclu que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible pas plus qu'une autre.
6. Figure également au dossier un rapport établi le 4 décembre 2003 par le Dr E_____, spécialiste FMH en pneumologie (pièce 49 OCAI). Il en résulte que depuis l'été 2003, l'assurée ne présente plus ni érythème noueux ni plaintes cardiorespiratoires significatives ni plaintes ophtalmologiques, mais qu'il subsiste une adénopathie. Le Dr E_____ a conclu à une régression partielle de la sarcoïdose pour laquelle il a proposé de n'introduire aucun traitement.
7. Le dossier de l'assurée a été soumis au Dr F_____, du Service médical régional AI (SMR LEMAN). Ce dernier a retenu de l'expertise rhumatologique du Dr A_____ que les atteintes à la santé somatique étaient certes présentes avec un substrat organique objectivé mais qu'elles n'étaient pas de nature à expliquer à elles seules l'ensemble du tableau algique dont il a estimé qu'il relevait d'un trouble d'allure somatoforme avec atteinte de type fibromyalgique. Jugeant les indications du Dr D_____ peu explicites, le médecin a en outre préconisé la mise sur pied d'une expertise psychiatrique (pièce 37 OCAI).
8. Le rapport d'examen psychiatrique, daté du 22 décembre 2003, a été signé par la Dresse G_____, dont il a été indiqué qu'elle était "psychiatre FMH", et par le Dr F_____, dont il a été précisé qu'il était spécialiste FMH en médecine générale (pièce 43 OCAI).

De la description de la vie quotidienne de l'assurée, il ressort que cette dernière se lève à 6h., prépare le petit déjeuner, sort éventuellement faire une promenade, prépare ensuite le repas "quand elle le peut" avant de se coucher, ressort éventuellement faire une promenade; deux fois par semaine, elle se rend à la piscine. Sa vie sociale a été décrite comme normale, sans autre indication. Pendant les vacances, une fois par an, elle rentre au Portugal.

Les médecins ont constaté que l'assurée, sous l'influence des médicaments, était fatiguée, présentait un ralentissement psychomoteur (effet secondaire des benzodiazépines) et rencontrait des difficultés à garder les yeux ouverts.

Elle a été décrite comme "très démonstrative, manipulatrice et théâtrale". Les médecins ont conclu à une nette amplification des douleurs somatiques.

Ils ont finalement retenu à titre de diagnostics : une dépendance aux benzodiazépines et une fibromyalgie.

La Dresse G_____ s'est étonnée du fait que le Dr D_____ - qui n'a débuté sa prise en charge psychiatrique ambulatoire que le 9 juillet 2001 - ait attesté d'une incapacité totale de travail dès le 20 décembre 2000. Par ailleurs, elle a indiqué que le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F32.1) n'est pas compatible avec une évolution dépressive chronique. Selon la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, seul un premier épisode (épisode isolé) de chacun des trois degrés de dépression (léger, moyen ou sévère) décrits doit être classé sous F32. Quand le sujet a déjà présenté un épisode dépressif dans le passé, c'est le diagnostic de trouble dépressif récurrent au sens de F33 qui doit être posé.

Selon la Dresse G_____, l'examen clinique psychiatrique n'a montré ni dépression majeure ni décompensation psychotique ni anxiété généralisée ni trouble phobique ni trouble de la personnalité morbide ni limitations fonctionnelles psychiatriques, raison pour laquelle elle n'a pas retenu d'incapacité de travail justifiable du point de vue médico-juridique. Elle a en outre exprimé l'opinion que l'état dépressif ayant été déclenché par des douleurs chroniques, il devait être qualifié de réactionnel à la pathologie somatique. La Dresse G_____ s'est déclarée dans l'incapacité de se prononcer quant à la date à laquelle l'état de l'assurée se serait amélioré au motif que tant le Dr B_____ que le Dr D_____ ont fait état d'une évolution stationnaire.

9. Dans un avis daté du 7 janvier 2004, le Dr F_____ a préconisé la mise sur pied d'un examen clinique rhumatologique avec complément de statut psychiatrique (pièce 43 OCAI).
10. L'examen rhumatologique a été confié au Dr H_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation au SMR.

Dans son rapport du 11 mai 2004, le Dr H_____ a posé les diagnostics suivants : rachialgies chroniques et status post-cure chirurgicale de hernie discale L5-S1 à droite le 23 octobre 2001 (pièce 53 OCAI). Le médecin a retenu à titre de limitations fonctionnelles subjectives principalement celles en relation avec le port de charges, la pratique des escaliers, le fait de conserver une station assise plus de 10 minutes et de marcher plus de 15 minutes. La patiente lui a également indiqué

être fortement limitée dans les tâches ménagères et ne pouvoir pratiquement plus rien faire en raison des douleurs.

L'examen clinique a mis évidence des limitations importantes de la mobilité articulaire du rachis cervico-dorso-lombaire ainsi que des épaules mais le Dr H_____ a souligné une auto-limitation très importante de caractère algique et démonstratif. Il a expliqué qu'au niveau des épaules, par exemple, on pouvait obtenir de la patiente, en détournant son attention, des amplitudes quasi complètes en passif. Il a également relevé des signes de Waddel florides et en a tiré la conclusion que la patiente amplifiait ses plaintes. Il a indiqué qu'il en allait de même pour les troubles déficitaires sensitifs rapportés par cette dernière car ils touchaient tout l'hémicorps droit et ne correspondaient pas à un dermatome ou une origine radriculaire précise.

Selon le Dr H_____, l'examen clinique permet d'infirmier d'une façon rigoureuse le diagnostic de fibromyalgie posé en 2000. En effet, les critères de diagnostic présents (18 points positifs sur 18) s'inscrivent à son avis dans un contexte de douleurs diffuses (tous les points de contrôle et les zones adjacentes étaient également décrits comme douloureux). Le médecin en tire la conclusion qu'il s'agit donc vraisemblablement d'un tableau clinique douloureux allant au-delà d'une fibromyalgie.

Les examens radiologiques à disposition - datant de 2001 et 2002 - montrent un statut post-cure chirurgicale de hernie discale L5-S1 à droite avec possible présence d'un reliquat discal dans le foramen droit. En l'absence d'un syndrome radriculaire strict, le médecin a conclu à un épiphénomène radiologique n'expliquant en aucune manière la symptomatologie florides présentée par l'assurée.

En définitive, le Dr H_____ a préconisé d'éviter : port de charges de plus de 15kg, station assise ou debout prolongée plus de 45 minutes, positions statiques, longs déplacements à pied, travail en posture contraignante pour le rachis (porte-à-faux, inclinaisons et torsions du tronc).

S'agissant de la capacité de travail exigible de l'assurée, il l'a évaluée à 80 % dans son activité habituelle de couturière et à 100 % dans toutes les autres activités respectant les limitations fonctionnelles mentionnées. Il a ajouté que cette capacité de travail pouvait être raisonnablement exigée six mois après la cure chirurgicale de hernie discale du 23 octobre 2001, c'est-à-dire à compter du 1er avril 2002. Selon le Dr H_____, la symptomatologie est en effet essentiellement subjective.

11. Dans un courrier adressé le 11 octobre 2004 au Dr B_____, le Dr I_____, médecin adjoint au Service de neurochirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG; pièce 57 OCAI) a indiqué que, s'agissant du problème lombaire, on trouvait effectivement sur l'imagerie un comblement du foramen L5-S1 droit en plus d'un fragment qui semble luxé dans un contexte

montrant tout-de-même une certaine fibrose. Selon le médecin, cette imagerie pathologique peut expliquer une compression bi-radiculaire correspondant un peu au trajet montré par la patiente. Il a expliqué que cette douleur a un aspect mécanique et qu'après l'intervention pratiquée en 2000, la patiente a été soulagée de la douleur dans la jambe qui a cependant repris de manière très importante. A titre d'élément positif, le médecin a relevé un Lasègue croisé avec douleurs dans le membre inférieur droit lors de l'élévation du membre inférieur gauche. Il a néanmoins également fait état d'éléments qualifiés de "peu encourageants" : des douleurs très chronicisées, une dépression qualifiée de "sévérissime", une patiente décrite comme "quasi figée". Selon le médecin, "rien qu'à voir la patiente, on voit que toute velléité de reprendre une activité est impensable".

12. D'un courrier du Dr I _____ daté du 9 décembre 2004, il ressort qu'une nouvelle opération a été pratiquée, qui a entraîné selon l'époux de l'assurée une nette amélioration du syndrome algique. Le médecin a néanmoins nuancé ses propos en soulignant que la patiente présentait encore un masque de dépression profonde, une rigidité dans les mouvements, une lenteur et une appréhension de tout geste rapide indiquant que le traitement des problèmes généraux - dont la fibromyalgie - n'était de loin pas fini (pièce 60 OCAI).
13. Le Dr F _____, a cependant estimé qu'aucun élément probant ne venait étayer ces allégués. Selon lui l'intervention du 1er novembre 2004 a certes entraîné une incapacité de travail complète sur le plan somatique de 3 à 6 mois, mais le statu quo ante a été retrouvé (pièce 63 OCAI).
14. Le dossier de l'assurée a été soumis à la division de réadaptation professionnelle qui a rendu son rapport le 13 mars 2005 (pièce 65 OCAI). Le degré d'invalidité a été établi en procédant à une comparaison entre le revenu sans invalidité de l'assurée, fixé à 34'479 fr. 30 pour l'année 2001 (7'735 fr. [gains pour l'activité de nettoyeuse : 17.50 fr./h x 8.5 h./sem. x 52 sem.] + 26'744 fr. 30 [gains provenant de l'activité de couturière selon la moyenne des gains ayant donné lieu à cotisations AVS durant trois ans : 24'922 + 28'663 + 26'648]) et le revenu d'invalidé, fixé à 80% du gain sans invalidité précédemment établi, soit 21'395 fr. 44. La division de réadaptation a ainsi abouti à un degré d'invalidité de 38 %.

Elle a ensuite procédé à un second calcul en retenant à titre de revenu d'invalidé celui qu'aurait pu réaliser l'assurée selon les tables statistiques en exerçant une activité simple et répétitive et en tenant compte d'une réduction supplémentaire de 10%, soit 40'271 fr. (3'658.- par mois en 2000 = 43'896.- par an en 2000 = 44'746.- par an en 2001 avant réduction). La division de réadaptation professionnelle a ainsi conclu à l'exclusion de tout droit à la rente. Elle a également écarté l'octroi de mesures d'ordre professionnel au motif, d'une part, que l'exercice d'une activité adaptée ne nécessiterait pas de formation préalable et, d'autre part, que l'assurée et son entourage proche étaient convaincus qu'aucune activité n'était possible.

15. Par décision du 23 septembre 2005, l'OCAI a octroyé à l'assurée une rente entière du 20 décembre 2001 au 30 juin 2002 (soit 3 mois après l'amélioration de son état de santé). L'OCAI a estimé que si l'assurée avait certes été dans l'incapacité totale de travailler en tant que couturière ou nettoyeuse à compter du 20 décembre 2000, son état s'était amélioré de telle sorte que, dès le mois d'avril 2002, elle aurait pu recommencer à exercer une activité légère adaptée à hauteur de 100 % (pièce 74 OCAI).
16. Par courrier du 10 octobre 2005, l'assurée a formé opposition à cette décision. Elle l'a complétée par pli du 3 novembre 2005. En substance, l'assurée contestait les conclusions des expertises psychiatrique et rhumatologique du Service médical régional AI (SMR) des 22 août 2003 et 28 avril 2004, alléguant qu'elles ne respectaient pas les critères retenus par la jurisprudence pour se voir accorder une pleine valeur probante. En conséquence, elle concluait à la mise sur pied de deux nouvelles expertises et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
17. Par décision du 6 février 2007, l'OCAI a admis partiellement l'opposition en ce sens qu'il a octroyé à l'assurée une rente entière du 20 décembre 2001 au 30 juin 2002 puis du 1er février au 31 avril 2005.

S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, l'OCAI a invoqué l'avis de la Dresse G _____, laquelle avait estimé qu'en l'absence de toute comorbidité psychiatrique invalidante, on pouvait exiger de l'assurée qu'elle travaille à plein temps. L'OCAI a considéré que les limitations décrites par l'expert n'empêchaient pas l'assurée de mettre sa capacité de travail à profit. Il a relevé qu'elle demeurait intégrée socialement dès lors qu'elle se rendait régulièrement à la piscine et poursuivait une vie sociale normale, de sorte que l'on devait nier d'un point de vue juridique qu'une mise en valeur de la capacité de travail de l'assurée ne puisse plus être exigée.

S'agissant des problèmes rhumatologiques rencontrés par l'assurée, l'OCAI s'est référé à l'expertise rhumatologique, laquelle avait conclu à une capacité de travail de 80 % en tant que couturière et de 100 % dans un poste adapté et ce, dès le 1^{er} avril 2002 (soit six mois après la cure chirurgicale de hernie discale intervenue le 23 octobre 2001), ce qui a conduit à la suppression de la rente dès le 30 juin 2002. Compte tenu de la nouvelle intervention pratiquée en novembre 2004 et du rapport du Dr I _____ attestant d'une incapacité de travail totale du 1er novembre 2004 au 31 avril 2005, l'OCAI a par ailleurs accepté d'octroyer à l'assurée une rente du 1er février 2005 au 31 avril 2005.

18. Par courrier du 9 mars 2007 l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle conclut à l'annulation des décisions des 23 septembre 2005 et 6 février 2006, à ce que soit ordonnée une nouvelle expertise pluridisciplinaire s'agissant de la fibromyalgie et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Subsidièrement, elle

demande que soient produits au moins cinq descriptions de postes de travail (DPT) tenant compte de ses limitations.

En substance, la recourante reproche aux différents médecins qui l'ont examinée de n'avoir pas tenu compte des troubles dorsaux et psychiques dont ont attesté ses médecins traitants. Elle s'étonne de ce que, malgré la prise de quatre antidépresseurs, les experts du SMR aient conclu à une capacité de travail exigible de 100 % sur le plan psychiatrique. Elle fait remarquer qu'il est tout aussi contradictoire de lui reconnaître une capacité de travail de 80 % dans son ancienne profession malgré les limitations importantes de la mobilité cervico-dorso-lombaire et des épaules. Elle s'insurge par ailleurs que le fait qu'elle se rende régulièrement à la piscine dans le cadre de sa physiothérapie puisse amener à conclure qu'elle ne subit aucune perte d'intégration sociale. Elle reproche enfin à la division de réadaptation professionnelle de ne s'être référée qu'à une seule DPT au lieu des cinq exigées par la jurisprudence.

19. En complément à son recours, l'assurée a produit différents documents médicaux :

- Le Dr D_____ a établi en date du 27 février 2007 un certificat médical au terme duquel il atteste que l'assurée souffre d'un épisode dépressif moyen depuis 2000. Il ajoute que les troubles psychiques évoluent en dent de scie depuis le début du suivi médical. La patiente présente une fatigue, une diminution de l'intérêt et du plaisir, un abaissement de l'humeur, une diminution de l'énergie. S'y ajoutent une diminution de la confiance en soi, de la concentration et de l'attention, des idées de dévalorisation et une attitude pessimiste vis-à-vis de l'avenir. Selon le Dr D_____, les troubles psychiques mentionnés correspondent au tableau clinique d'un épisode dépressif moyen selon la CIM10. Il ajoute que se produisent également des crises de panique, heureusement pas très fréquentes, et fait remarquer que les troubles dépressifs ont été constatés par plusieurs psychiatres, notamment ceux qui se sont occupés de la patiente durant son séjour dans le service de rhumatologie. Selon lui, les troubles psychiques provoquent une incapacité de travail de 100 % (pièce 3 recourante).

- Dans un rapport daté du 2 mars 2007, le Dr J_____, spécialiste en radiologie médicale à l'Hôpital de la Tour, a constaté la présence d'une discarthrose avancée au niveau C5-C6 avec protrusion discale circonférentielle, d'une hernie discale de 4 mm et, surtout, d'une uncarthrose bilatérale avec rétrécissement des canaux radiculaires expliquant un syndrome radiculaire C6 des deux côtés. A également été relevée la présence d'une discopathie au niveau C3-C4 mais de degré plus modéré et avec une protrusion prédominant à droite.

- Le Dr B _____, spécialiste FMH en chirurgie, a établi en date du 26 février 2007 un rapport dans lequel il pose les diagnostics suivants : lombosciatalgies à prédominance droite résiduelles et récidivantes, status après dissectomie L5-S1 droite en 2001, status après foraminectomie L5-S1 en 2004, fibromyalgie, syndrome cervico-dorso-lombaire, érythème noueux, suspicion de sarcoïdose, spondylarthrite, état dépressif récurrent, dyspepsie fréquente sous traitement, hernie hiatale après gastrite à hélicobacter positif, statut après lésion du ligament latéral interne du genou droit et lésion méniscale interne en 2002, hypertension artérielle, migraines intenses et obésité.

De l'anamnèse, il ressort que l'assurée éprouvé des douleurs depuis 1993. Ces douleurs, progressivement apparues au niveau de la colonne vertébrale notamment lombaire, avec des irradiations dans le membre inférieur droit, ont augmenté au point de nécessiter des interventions en 1995, date à laquelle a été mise en évidence une hernie discale L5-S1. L'assurée a poursuivi son activité professionnelle (travail à domicile le matin pour X _____ et ménages le soir) jusqu'en décembre 2000, date à partir de laquelle les douleurs se sont péjorées aux niveaux cervical et lombaire avec apparition de sciatalgies droites avec paresthésies et douleurs à la sacro-iliaque droite. En 2001, sont également apparus des troubles dépressifs, des cauchemars et des troubles digestifs. Le Dr B _____ a alors adressé sa patiente au Dr D _____.

En 2001, une dissectomie L5-S1 a été effectuée aux HUG puis une nouvelle intervention par foraminotomie a été réalisée en 2004. Ces deux interventions ont eu pour conséquence une brève accalmie des lombalgies. En revanche, les paresthésies et les douleurs au niveau du membre inférieur ont persisté.

Les deux tunnels carpiens ont été opérés avec des suites simples. En 2002, suite à une chute, la patiente a été immobilisée pour une distorsion du ligament latéral interne du genou droit et a présenté une lésion méniscale interne symptomatique. La hernie hiatale et la gastrite à hélicobacter positif a bien répondu à la thérapie.

En 2003 a été mis en évidence un antigène HLA B27 positif. C'est l'époque où sont apparus par intermittence des œdèmes et des nodosités au niveau des membres inférieurs. Ces lésions très douloureuses ont cependant totalement disparu en 2004.

Les multiples investigations radiologiques ont amené à suspecter une atteinte de sarcoïdose que l'IRM cérébrale n'a pas permis de mettre en évidence.

En 2007, une IRM de la colonne cervicale a mis en évidence une uncarthrose bilatérale avec syndrome radiculaire C6 des deux côtés et discarthrose C5-C6.

Le Dr B _____ mentionne par ailleurs que le surpoids de l'assurée n'a fait qu'augmenter malgré un suivi diététique et un traitement médical, de sorte qu'au début de l'année 2007, elle pesait 89kg pour 1m.55. Quant à l'hypertension artérielle, elle est contrôlée. En revanche, la patiente continue de présenter des céphalées à prédominance droite avec des nuccalgies répondant moyennement au traitement médical.

Le Dr B _____ conclut que malgré tous les traitements instaurés et le suivi psychiatrique, la patiente continue à souffrir d'un trouble dépressif récurrent qualifié de moyen à sévère et de douleurs articulaires touchant tous les membres (poignets, coudes, épaules, pieds, chevilles, genoux, jambes, cuisses, bras et avant-bras). Il souligne qu'une hospitalisation a été nécessaire dans le service de rhumatologie du 7 au 24 mars 2006 et que la physiothérapie en piscine soulage momentanément la patiente. Le médecin en tire la conclusion que la patiente ne peut plus exercer la moindre activité professionnelle et rappelle qu'elle se soumet à un traitement médicamenteux lourd, dont il donne les détails et précise qu'il a été impossible de le réduire.

- Dans un rapport établi le 3 avril 2007, le Dr I _____, médecin adjoint au Service de neurochirurgie aux HUG, indique que les plaintes concernant les membres supérieurs à prédominance droite, déjà présentes lors du séjour en rhumatologie en 2006 et demeurées inchangées font partie du syndrome de fibromyalgie, aggravé par des épisodes de dépression sévère récurrente. Le médecin exprime l'opinion qu'il est "invraisemblable que la patiente doive lutter pour obtenir une rente de l'AI au vu de l'ensemble du tableau gravissime avec répercussions très importantes pour tout son cadre familial malgré les traitements extrêmement suivis qui lui ont été prodigués et qui lui semblent justifier pleinement une rente entière".

20. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 14 juin 2007, a conclu au rejet du recours. Il soutient qu'une nouvelle expertise n'est pas nécessaire. S'agissant des documents médicaux produits par l'assurée à l'appui de son recours, l'OCAI admet que le syndrome radiculaire évoqué par le Dr B _____ n'a pas été strictement retenu lors de l'examen clinique pratiqué par le Dr K _____ le 11 mai 2004. Cela étant, l'OCAI allègue que le Dr B _____ n'a pas indiqué s'il y a eu aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis le 11 mai 2004 et émet l'hypothèse que tel n'est pas le cas puisque le Dr B _____ se fonde sur un rapport datant de l'année 2000.
21. Une audience de comparution personnelle c'est tenue en date du 23 août 2007.

A cette occasion, la recourante a souligné une fois encore que si elle se rend à la piscine de CRESSY-SANTE, ce n'est pas pour son bon plaisir mais pour y suivre

des séances de physiothérapie. Elle a précisé que le nombre de ces séances prises en charge par l'assurance-maladie était d'ailleurs limité à 36 par an.

La recourante a allégué être handicapée dans son quotidien par les douleurs. Elle a expliqué ne pouvoir par exemple se lever seule, avoir de grandes difficultés pour se doucher et procéder à sa toilette, de sorte que certains jours, elle doit faire appel à l'aide de sa fille. Elle a ajouté avoir parfois les mains tellement gonflées que cela l'empêche de saisir des objets; les crampes dont elle souffre régulièrement dans les membres inférieurs lui interdisent même la marche; elle ne peut ni faire le ménage ni repasser; elle essaie parfois de cuisiner mais doit souvent s'interrompre.

La recourante a expliqué qu'elle passe sa journée à attendre le retour de son mari et de ses enfants; au prix de grands efforts, elle peut se promener, à raison d'environ deux fois 10 minutes par jour; il lui arrive souvent de devoir s'aliter tant les douleurs sont insupportables; la recourante dit ne voir personne car elle n'en éprouve pas l'envie; malgré les médicaments, il lui arrive souvent de ne pas pouvoir fermer l'œil de la nuit.

Madame C _____, représentant l'intimée, a reconnu qu'une erreur s'était glissée dans le dispositif de la décision sur opposition. Il faut comprendre que la recourante a droit à une rente entière du 20 décembre 2001 au 30 juin 2002 puis du 1er février au 30 avril 2005. Pour le surplus, l'OCAI a maintenu sa position.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le recours ayant été interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.
3. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au

moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse, du 23 septembre 2005, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

4. Déterminé par la décision du 23 septembre 2005 et les conclusions des parties, l'objet du litige concerne le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, étant précisé que ce droit lui a été reconnu mais uniquement du 20 décembre 2001 au 30 juin 2002 et du 1^{er} février au 30 avril 2005.
5. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 consid. 4 et les références).

c) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical 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. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.).

d) 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.

e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGa. 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 (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

La fibromyalgie peut être assimilée à un trouble somatoforme, plus particulièrement au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA I 123/04 du 6 juillet 2004 consid. 4.2.1 et I 721/02 du 10 mars 2003; cf. P. A. BUCHARD, «Peut-on encore poser le diagnostic de fibromyalgie?», in: *Revue médicale de la Suisse romande* 2001, p. 443ss, spéc. p. 446; cf. aussi MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in : Schaffhauser/Schlauri [éd.], *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St-Gall 2003, p. 64 n. 93).

Or, comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible.

Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être

tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

7. L'OCAI, se fondant essentiellement sur le rapport de la Dresse G_____, considère qu'il n'y a pas de comorbidité psychiatrique et que les autres conditions énoncées par la jurisprudence pour reconnaître un caractère invalidant à la fibromyalgie dont souffre l'assurée ne sont pas réunies. La Dresse G_____ dit

en effet avoir constaté que l'état dépressif diagnostiqué par les Drs D_____ et B_____ - état qu'elle qualifie de réactionnel - est en rémission complète. Selon elle, la capacité de travail de l'assurée est de 100%. Il convient dès lors de déterminer si le rapport de la Dresse G_____ peut se voir reconnaître une valeur probante.

A cet égard, il convient de relever que l'instruction d'une autre cause en matière d'invalidité devant le Tribunal de céans a révélé que l'intéressée n'était pas titulaire d'un diplôme FMH de spécialiste en psychiatrie et qu'elle n'a été autorisée à pratiquer comme médecin dépendant auprès du SMR, par acte du Département vaudois de la santé et de l'action sociale, qu'à partir du 24 novembre 2006. Force est ainsi de constater que la Dresse G_____ n'était pas habilitée à signer le rapport qu'elle a rendu en date du 22 décembre 2003 en indiquant "psychiatre FMH" et qu'elle n'était alors pas, à cette date, formellement autorisée à travailler comme médecin dépendant auprès du SMR.

Le TFA a eu l'occasion de traiter un cas où un rapport avait été rendu par ce même médecin. Il a constaté que celui-ci "s'était prévalu d'un titre auquel il ne pouvait prétendre en vertu de la législation fédérale - en violation également des dispositions sur le titre de spécialiste prévues par le droit cantonal (voir art. 83 LSP) - et ne disposait par ailleurs pas de l'autorisation de pratiquer prévue par le droit cantonal et a considéré qu'indépendamment des compétences professionnelles propres de ce médecin, les irrégularités d'ordre formel liées à sa personne et à l'exercice de son activité au sein du SMR entachaient la fiabilité du rapport médical établi sur mandat de l'administration." (ATF du 31 août 2007, cause I 65/07)

Dès lors, le rapport d'examen psychiatrique daté du 22 décembre 2003, ne saurait se voir accorder une pleine valeur probante et l'on ne saurait en tirer de conclusions absolues sur l'état de santé psychique de l'assurée dans la mesure où le médecin cosignataire, le Dr F_____ est généraliste.

Or, seule la Dresse G_____ considère que l'état dépressif diagnostiqué par le Dr D_____ est en voie de rémission. Tant le Dr B_____ que le Dr I_____ ont confirmé ce diagnostic, le dernier le qualifiant même de "sévérissime". Cependant, ni l'un ni l'autre de ces deux médecins ne sont spécialistes en psychiatrie. Par ailleurs, aucun médecin - mis à part la Dresse G_____ - ne s'est prononcé sur la présence des autres éléments énoncés par la jurisprudence et permettant de reconnaître un caractère invalidant à la fibromyalgie.

Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a, en principe, le choix entre deux solutions, soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la

procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206).

Le Tribunal de céans considère que le dossier n'est pas en état d'être jugé dans la mesure où aucun spécialiste en psychiatrie ne s'est prononcé en l'état, de sorte qu'il se justifie de renvoyer la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire, et plus particulièrement pour expertise psychiatrique, puis nouvelle décision.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Donne acte à l'OCAI de sa décision d'octroi d'une rente entière à Madame C_____ du 20 décembre 2001 au 30 juin 2002 puis du 1er février au 30 avril 2005.
3. Admet partiellement le recours pour le surplus.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 1'500 fr. à titre de dépens.
6. L'émolument, fixé à 500 fr., est mis à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Brigitte LUSCHER

Karine STECK

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