RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/996/2004 **ATAS/266/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

1ère chambre

du 31 mars 2005

En la cause

Madame M_____, mais comparant par ASSUAS dans les bureaux de laquelle elle élit domicile	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97 à Genève	intimé

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Isabelle DUBOIS et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Madame M_____, née le 28 novembre 1943, est titulaire d'un diplôme de secrétaire - sténo-dactylo. L'assurée a travaillé à l'Office du tourisme de 1984 à 1992 en qualité d'employée de commerce. Elle a ensuite accompli quelques mandats temporaires puis s'est inscrite auprès de l'assurance-chômage dans le cadre de laquelle elle a bénéficié d'une occupation temporaire jusqu'en août 1999. Elle n'a pas repris d'activité lucrative depuis.

   Elle a déposé le 9 février 1998 une demande auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) visant à obtenir l'octroi d'une rente, au motif qu'elle souffrait d'une dépression chronique depuis son divorce prononcé en 1977.

2. Interrogée par l'OCAI, la Doctoresse A_____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, a posé le diagnostic d'état dépressif récurrent chez une personnalité dépendante et précise que la patiente n'a jamais pu travailler à 100% « car elle affiche une telle lenteur et une telle difficulté à se mettre en route que ceci la faisait toujours arriver en retard et l'handicapait par rapport aux performances qu'elle devait fournir ». Le médecin n'a pas fixé de taux d'incapacité de travail tout en relevant une stabilisation de son état avec mouvements d'humeur variés (cf. rapport du 11 mai 1998).

3. Les 26 novembre et 16 décembre 1999, la Doctoresse A_____ a estimé à 50% la capacité de travail présentée par l'assurée depuis 1962. Elle a fait état des divers emplois occupés par l'assurée témoignant de sa grande instabilité. Elle a expliqué que c'est lorsqu'elle a commencé à chercher du travail après une longue période d'inactivité professionnelle, lors de son divorce, qu'elle a présenté des états dépressifs récurrents qui commencent par des crises de tétanie répétées nécessitant l'introduction d'un traitement antidépresseur. En 1992, elle a été hospitalisée à Belle-Idée pour un état dépressif récurrent.

4. Consulté, le Docteur B_____, médecin-conseil de l'OCAI, a proposé d'admettre une invalidité de 50% depuis 1991 – 1992.

5. Par décisions des 14 mai et 22 août 2001, l'assurée a été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1er février 1997.

6. Le 19 septembre 2003, l'assurée a fait état d'une aggravation de son état de santé et demandé l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle allègue avoir subi une opération du dos (gros kyste sur l'ossature et élargissement du canal lombaire) et dit en envisager d'ores et déjà une seconde pour un problème de vertèbres.

7. Invité à se déterminer, le Docteur C_____ du Service médical régional AI (SMR) confirme que l'assurée a été opérée le 2 décembre 2002 d'un kyste synovial L4-L5 et qu'il a été également procédé à divers hémilaminectomies partielles pour libérer un canal étroit. Le médecin souligne cependant que les suites opératoires ont été apparemment simples, que les limitations fonctionnelles consécutives à un tel problème du dos sont les travaux lourds, le port de charges et éventuellement le travail en position de porte-à faux, que dans le travail de bureau qui est celui de cette assurée, la capacité de travail reste inchangée (cf. avis du 3 novembre 2003).

8. Dans son rapport du 2 février 2004, le Docteur D_____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecin traitant, a posé les diagnostics suivants : fibromyalgie et état dépressif depuis 2002, obésité morbide, status après opération d'un kyste synovial lombaire en 2002. Dans le rapport annexe, concernant plus particulièrement la réinsertion professionnelle, il considère que la patiente est incapable à 100% dans l'activité exercée jusqu'ici, et que l'on ne peut exiger d'elle qu'elle exerce une autre activité.

   Selon le médecin ayant procédé à l'opération, le Docteur E_____ de la clinique de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève - HUG, l'évolution est favorable sur le plan des lombosciatalgies droites avec disparition totale des douleurs dans la jambe droite. Par contre des douleurs lombaires basses de caractère parfois mécanique, parfois spontanée survenant surtout à la marche subsistent (cf. rapport du 16 janvier 2003).

   L'assurée a séjourné dans le service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques aux HUG du 1er au 12 décembre 2003. Les diagnostics principaux sont une obésité compliquée d'une hypertension artérielle traitée, une dyslipidémie traitée et une gonarthrose bilatérale ; les diagnostics secondaires, une infection des voies respiratoires supérieures simple, un état dépressif traité, un psoriasis, une polypose colique, un tabagisme actif, un status post-résection d'un kyste synovial lombaire, une macrocytose d'origine indéterminée et une discrète élévation des GGT (cf. rapport du 8 janvier 2004).

9. Par décision du 18 novembre 2003, l'OCAI a informé l'assurée que sa demande d'augmentation de la rente d'invalidité était rejetée, au motif que selon le SMR, les limitations fonctionnelles consécutives à son problème de dos ne modifient en rien sa capacité résiduelle de travail dans son activité habituelle (activité de bureau).

10. L'assuré a formé opposition le 24 novembre 2003 à ladite décision. Elle rappelle que depuis son opération le 3 décembre 2002, elle souffre du dos aussi bien assise que debout et que ses activités sont de ce fait réduites au strict minimum.

11. Par décision sur opposition du 5 mai 2004, l'OCAI a confirmé sa décision du 18 novembre 2003.

12. L'assurée a interjeté recours le 10 mai 2004 contre ladite décision. Elle demande à être soumise à une expertise médicale.

13. Dans son préavis du 10 juin 2004, l'OCAI conclut au rejet du recours.

14. Le 12 juillet 2004, l'ASSUAS, au nom et pour le compte de la recourante, a produit les rapports établis par le Professeur Alain GOLET du Service d'enseignement pour maladies chroniques des HUG du 8 janvier 2004, celui du Docteur D_____, spécialiste FMH en rhumatologie, du 2 avril 2004 et celui du Docteur F _____du Centre d'imagerie Rive droite du 14 avril 2004.

15. Le Docteur G_____, pour le SMR Léman, a rappelé qu'il s'était déjà prononcé au sujet du rapport des HUG du 8 janvier 2004, que la tendino-myopathie du moyen fessier liée à la surcharge pondérale mentionnée par le Docteur D_____ constitue un trouble passager susceptible d'amélioration par des mesures médicales simples et non d'une aggravation de la situation préexistante, que les signes d'arthrose lombaire et le status après laminectomie L4-L5 et ablation d'un kyste synovial auxquels le Docteur F _____fait référence étaient déjà connus et ne justifiaient dès lors pas une réappréciation de la décision de l'AI (cf. avis du 5 août 2004).

16. Cet avis a été communiqué à l'ASSUAS qui n'ayant aucun nouveau rapport médical à verser au dossier, s'en est remis au jugement du Tribunal de céans (cf. courrier du 9 novembre 2004).

17. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er 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.

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127V 267 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures introduites après le 1er janvier 2003 devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

   En outre, le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les forme et délai légaux, est recevable à la forme, conformément à l'art. 60 LPGA.

3. En l'espèce, l'assurée a été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1er février 1997. Elle allègue avoir subi une aggravation de son état de santé depuis 2002 et sollicite l'octroi d'une rente entière.

   L'art. 4 LAI définit l'invalidité comme étant 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.

   Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, 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.

   Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après 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 ; 106 V 88 ; 110 V 275 ; RCC 1981, p. 124).

4. En vertu de l'art. 41 LAI, les rentes en cours doivent être, pour l'avenir, augmentées, réduites ou supprimées si le degré d'invalidité se modifie de manière à influencer le droit à ces prestations. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Pour juger si un tel changement s'est produit, il faut comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de rente initiale avec les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369). La révision a lieu d'office ou sur demande (art. 87 al. 1 du règlement de l'assurance-invalidité - RAI).

   Si les conditions prévues à l'art. 41 LAI font défaut, la décision de rente peut être modifiée d'après les règles applicables à la reconsidération de décisions administratives passées en force. Conformément à ces règles, l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée sous l'angle matériel, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revêt une importance notable. Le juge peut, le cas échéant, confirmer une décision une décision de révision rendue à tort pour le motif substitué que la décision de rente initiale était sans nul doute erronée et que sa rectification revêt une importance notable.

5. 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).

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

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.

Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ayant une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (cf. RCC 1988, page 504), le Tribunal de céans se ralliera aux conclusions du SMR du 6 octobre 2004 qui répondent en tous points aux critères de la jurisprudence en la matière (cf. ATF 122 V 160 consid. 1c et les références).

6. En l'espèce, il y a lieu de déterminer s'il y a ou non aggravation de l'état de santé depuis l'année 2001, date à laquelle les premières décisions ont été rendues.

L'assurée a subi une intervention chirurgicale en date du 2 décembre 2002. Les suites opératoires ont cependant été considérées comme simples et les médecins estiment que les limitations fonctionnelles résultant des problèmes dorsaux rencontrés ne l'empêchent pas d'exercer une activité de bureau (cf. avis du Docteur C_____ du SMR du 3 novembre 2003 et rapport du Docteur E_____ du 8 janvier 2004).

Selon le médecin traitant, sa patiente souffre au surplus de fibromyagie et d'un état dépressif depuis 2002. Il l'a considérée comme étant incapable de travailler à 100% quelle que soit l'activité.

Or, l'état dépressif est traité ; il a du reste été classé dans la catégorie des diagnostics secondaires par les médecins du service d'enseignement thérapeutique (cf. rapport du 8 janvier 2004). Il a par ailleurs déjà été pris en compte dans l'évaluation de l'incapacité de travail faite lors de l'octroi de la demi-rente en août 2001. L'assurée a produit trois rapports médicaux supplémentaires, qui ont été

soumis au Docteur G_____ du SMR Léman. Les observations des trois médecins n'apportent pas d'élément déterminant qui justifierait une appréciation différente de la décision de l'assurance-invalidité. Hormis le médecin traitant, qui se borne à poser le diagnostic sans autre précision, aucun autre praticien ne mentionne l'existence de fibromyalgie. Il ne le mentionne plus du reste dans son rapport suivant du 2 avril 2004.

Force est de constater, au vu de ce qui précède, que l'état de santé de la recourante n'a pas subi d'aggravation significative justifiant la révision de la demi-rente.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Ce mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs le recourant estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter la signature du recourant ou 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 au mémoire s'il s'agit de pièces en possession du recourant. Seront également jointes au mémoire la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :	La Présidente :
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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