

## **GE\_GERICHTE A/3728/2008 vom 23. Juni 2009**

GE Cour de justice, 2009-06-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3728\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3728_2008)

FR: GE\_GERICHTE A/3728/2008 du 23 juin 2009

IT: GE\_GERICHTE A/3728/2008 del 23 giugno 2009

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 23.06.2009  
A/3728/2008

A/3728/2008 ATAS/832/2009 du 23.06.2009 ( AI ) , REJETE En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3728/2008  
ATAS/832/2009 ARRÊT DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES  
Chambre 2 du 23 juin 2009 En la cause Madame S \_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE,  
comparant par Maître Monique STOLLER FÜLLEMANN, en l'Étude de qui elle élit  
domicile recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, sis  
97, rue de Lyon, GENÈVE intimé EN FAIT Née en 1956, Madame S \_\_\_\_\_  
(ci-après l'assurée ou la recourante) travaillait, en qualité de concierge puis de gestionnaire  
d'immeuble, au service de Monsieur T \_\_\_\_\_ (ci-après le premier employeur)  
depuis janvier 1979, et de X \_\_\_\_\_ & Cie (le second employeur) depuis le 1<sup>er</sup> mars  
1983. Au terme d'un examen radiologique de l'assurée, réalisé le 20 janvier 2006, le  
docteur A \_\_\_\_\_, spécialisé en radiologie, a attesté la présence d'une discopathie  
modérée L4-L5 avec hernie discale de localisation médiane, paramédiane et foraminale  
gauche, appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural, à l'émergence des racines L5 et  
entrant discrètement en conflit avec la racine L4 gauche dans son trajet foraminal, ainsi que  
de lésions dégénératives à la hauteur des articulations sacro-iliaques. Le praticien relevait  
en outre l'absence de hernie discale en L3-L4 et L5-S1 et de modifications significatives  
par rapport à l'examen qu'il avait effectué le 29 octobre 2003. Dans un rapport d'expertise  
psychiatrique établi le 12 juillet 2007, le docteur B \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie  
et psychothérapie, a posé le diagnostic d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique  
(F32.00 dans la CIM-10) et notamment exposé ce qui suit. L'assurée avait présenté des  
douleurs en 2003, 2004 et 2005 à la nuque, aux épaules et dans le dos, à quoi s'était ajoutée  
une tendinite au bras droit en 2005. Dans ce contexte, une incapacité de travail avait été  
prononcée du 5 octobre 2005 au 16 mars 2006. L'assurée mentionnait la réapparition de  
symptômes douloureux à partir du mois de février 2007, dont l'exacerbation avait été à  
l'origine d'une incapacité de travail totale prononcée à partir du 9 février, incapacité qui  
s'était prolongée jusqu'alors. L'expertisée mentionnait en outre la présence de douleurs  
lombaires, à la nuque, aux épaules et aux genoux. Pour cela, elle se faisait soigner par le  
docteur C \_\_\_\_\_, qui l'avait adressée au docteur D \_\_\_\_\_, psychiatre, en  
raison de troubles du sommeil. Cette praticienne avait mis en place un traitement  
antidépresseur de venlafaxine, un traitement neuroleptique-anxiolytique de quétiapine et  
anxiolytique de buspirone. L'assurée se rendait à la consultation du docteur  
D \_\_\_\_\_ tous les samedis pour effectuer des exercices de relaxation musculaire à  
l'aide de techniques de respiration et pour aborder les événements de la semaine. Le  
développement psychoaffectif de l'assurée n'avait pas été marqué par des événements  
traumatisants. On ne relevait pas davantage de séparations précoces ou tardives, et elle ne

présentait pas de personnalité pathologique selon les critères de la Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (CIM-10), c'est-à-dire qu'il n'y avait pas eu de dysfonctionnement durable des conduites et de l'expérience vécue, ni de déviance de la norme donnant lieu à une altération du fonctionnement personnel et social ou encore à une souffrance significative. Cela se reflétait dans la stabilité professionnelle qu'elle avait montrée ainsi que dans la stabilité sur le plan affectif. Il n'y avait aucun antécédent psychiatrique avant le mois de février 2007. Dans le contexte de l'exacerbation des douleurs, le docteur C \_\_\_\_\_ avait évoqué le diagnostic de fibromyalgie en mai 2007, mais des investigations supplémentaires étaient nécessaires avant de retenir définitivement cette affection. L'assurée avait en outre développé une symptomatologie dépressive, qui était alors compatible avec la présence d'un épisode dépressif léger. En particulier, l'humeur était déprimée, et elle présentait une anhédonie modérée, une diminution de la confiance en soi ainsi que des troubles du sommeil. Le critère de réduction de l'énergie n'avait pas été retenu, dans la mesure où la diminution de l'activité n'était pas le reflet d'une perte de l'élan vital, d'un manque d'entrain ou d'une diminution de l'énergie psychique, mais la conséquence d'une diminution de la mobilité due aux douleurs. Le critère des sentiments de culpabilité n'avait pas été retenu non plus, dans la mesure où les reproches qu'elle s'adressait n'avaient pas de caractère excessif ou irrationnel. Pour le surplus, le critère de modification de l'appétit n'était pas vérifié, en ce sens que la diminution de l'appétit n'était pas accompagnée par une perte de poids correspondante. Il n'y avait pas davantage d'éléments suffisants pour retenir la présence d'un syndrome somatique : absence de manque de réactivité émotionnelle ; les réveils matinaux précoces étaient la conséquence de douleurs ; absence de ralentissement psychomoteur ; absence de perte marquée d'appétit au vu de trois repas pris chaque jour ; absence de perte de poids. Le fait que la diminution de l'énergie n'était pas d'origine psychique se reflétait par le fait qu'à l'analyse du déroulement du quotidien, les activités (soins corporels, prise des repas, deux sorties pour marcher pendant la journée, rendez-vous, courses, rangements, nettoyage, lessive, vaisselle, rencontre d'amis, téléphones) étaient préservées pour autant que les douleurs le permettaient. Il n'y avait pas de diminution de la volonté, et des troubles de la concentration ou de la mémoire à long terme, récente ou à court terme n'avaient pas été objectivés pendant l'entretien. Si l'expertisée se disait anxieuse, cette anxiété n'était pas destructurante, et les autres éléments (tristesse, troubles du sommeil, perte de la libido) n'étaient pas des éléments incapacitants en soi. En conclusion, la nature et l'intensité des signes et symptômes étaient telles qu'elles ne justifiaient pas une incapacité de travail sur le plan strictement psychiatrique. À l'avenir, le risque était cependant l'intensification de la symptomatologie psychiatrique avec la persistance des douleurs, symptomatologie qui pourrait alors devenir limitative pour l'exercice de l'activité professionnelle. Il n'y avait alors pas de limitations fonctionnelles médicales sur le plan psychiatrique, susceptibles d'empêcher une reprise complète du travail. Plus particulièrement, les troubles de la concentration allégués par l'assurée, qui interféreraient avec une capacité réduite à effectuer du travail administratif n'avaient pas été objectivés. Enfin, s'il s'avérait que l'expertisée souffrait effectivement d'une fibromyalgie, le pronostic était défavorable ; si au contraire, il s'agissait de douleurs passagères, le pronostic était bon. Sur la base d'examens réalisés les 13 et 28 août 2007, le docteur E \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a établi un rapport le 30 août suivant, dont il ressort notamment que l'assurée se plaignait de douleurs permanentes, migratrices, qui prédominaient au niveau de la nuque et irradiaient dans les deux membres supérieurs sous

forme de lancées douloureuses et de dysesthésies jusque dans les doigts, nettement plus importantes à gauche. Les mouvements des épaules ou de la nuque exacerbaient les douleurs et les fourmillements des membres supérieurs. Elle se plaignait également de lombalgies irradiant surtout dans les fesses, mais aussi sur la face antérieure des cuisses aux niveaux des deux genoux et des deux chevilles. Ces douleurs s'étaient diffusément aggravées après la ménopause, parallèlement à la disparition d'un syndrome migraineux invalidant depuis de nombreuses années. Même si les douleurs des membres supérieurs étaient aggravées par certains mouvements, l'assurée avait l'impression qu'elle devait bouger pour éviter leur exacerbation, ce qui perturbait son sommeil. Au cours des derniers mois, une fatigue très intense s'était installée, permanente, qui survenait dès le réveil et ne disparaissait à aucun moment de la journée. Une hyperthyroïdie avait été mise en évidence et traitée de manière satisfaisante sur le plan biologique, mais sans influencer les symptomatologies douloureuse et de fatigue. À l'examen clinique, l'assurée ne présentait pas de trouble dépressif évident majeur. Aucune lésion cutanée ni adénopathie n'avait été relevée, l'abdomen et les loges rénales étaient souples et indolores, et l'examen cardiaque et pulmonaire n'avait rien révélé. L'examen clinique n'avait pas davantage montré de dysfonction articulaire ou de trouble neurologique qui puissent expliquer la gravité du syndrome douloureux. On retrouvait des signes d'une tendinite de la coiffe des rotateurs au niveau de l'épaule droite et d'une tendinite des adducteurs des deux cuisses ; la palpation de l'interligne articulaire des deux genoux était douloureuse et pouvait évoquer une gonarthrose débutante. Les bilans biologiques ne montraient aucun élément suggérant une maladie inflammatoire. En l'absence de tout autre argument, le diagnostic de fibromyalgie pouvait être posé, le nombre de points douloureux étant largement suffisant. Le problème principal était alors de trouver une thérapie antalgique satisfaisante, qui n'aggravât pas la fatigue. Le traitement antidépresseur paraissait bien indiqué mais ne semblait pas avoir apporté de bénéfice. Par une attestation du 15 août 2007 répondant aux questions soumises par l'assurance-maladie, le docteur C \_\_\_\_\_ a certifié que l'assurée avait tenté de reprendre son activité professionnelle au taux de 50% du 4 au 11 juin précédent ; cette prescription ayant échoué, une nouvelle incapacité totale avait été attestée dès le 12 juin 2007, pour une durée indéterminée. Dans la mesure où la patiente devait éviter le port de charges excédant trois kilogrammes, de travailler en position de porte-à-faux ou d'effectuer des flexions répétées du tronc, aucune activité professionnelle ne pouvait être exercée. De rapports médicaux établis les 6 juillet et 24 septembre 2007 par le docteur F \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, il ressort notamment que les examens neurologiques de l'assurée, qui présentait cependant un prurit sévère de la face postérieure de l'avant-bras, s'étaient révélés normaux. Compte tenu du fait qu'un frère de la patiente présentait les symptômes d'une myopathie particulière (dite « rippling muscle disease »), le praticien se proposait de réaliser une biopsie musculaire qui, en l'absence de symptôme musculaire visible, était impérative. La biopsie du quadriceps droit a été réalisée le 16 octobre 2007 par le docteur G \_\_\_\_\_, qui a conclu que le muscle squelettique était dans les limites histologiques de la norme, à l'absence d'argument en faveur d'une myopathie métabolique et à l'expression normale de la Cavéoline-3. Le 19 novembre 2007, l'assurée a formé une demande de prestations, sous forme d'une rente, à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI ou l'intimé), en précisant qu'elle souffrait d'un état anxio-dépressif avec épisodes de pleurs, d'une fatigue intense, de lombosciatalgies dues à une hernie au niveau de la racine gauche de L4, de cervicalgies récidivantes et de fibromyalgie depuis le début de 2007. Du questionnaire complété par le second employeur

le 3 décembre 2007, il ressort notamment qu'ayant perdu le mandat correspondant, celui-ci avait résilié les rapports de travail avec l'assurée pour le 30 septembre 2006. Celle-ci percevait alors un salaire annuel brut de 2'698 fr. pour environ une heure de travail par jour, neuf mois par année. Selon un rapport médical établi le 6 décembre 2007 par le docteur E \_\_\_\_\_, dont l'évaluation correspondait à la situation au mois d'août précédent, une activité de bureau, sans efforts et moyennant la liberté de changer de position, était exigible de l'assurée au taux de 50%, une baisse de rendement étant prévisible. Dans le rapport qu'il a établi le 17 janvier 2008, le docteur C \_\_\_\_\_ a diagnostiqué, comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée, une fibromyalgie depuis septembre 2007, une lombosciatalgie sur la base d'une discopathie L4-L5, une hernie au niveau de la racine de L4 à gauche, une arthrose sacro-iliaque bilatérale, une cervicalgie chronique invalidante et un important état anxio-dépressif, l'état de santé de sa patiente étant stationnaire et sa capacité de travail étant nulle depuis le 12 juin 2007. Au terme du rapport du 31 janvier 2008 de l'expertise qu'il avait réalisée à la demande de l'assurance-maladie, le docteur H \_\_\_\_\_, spécialisé en chirurgie orthopédique, a notamment exposé ce qui suit. Du point de vue orthopédique, n'en ayant relevé aucune, il lui était impossible de poser un diagnostic de pathologie. De même, sur les nombreux documents radiologiques examinés, il n'avait constaté aucune lésion pathologique particulière pouvant expliquer les plaintes essentiellement subjectives formulées par l'assurée, qui ne trouvaient aucune expression ni clinique ni radiologique. En conclusion, l'expert exposait qu'un diagnostic de fibromyalgie, tel qu'évoqué par les docteurs B \_\_\_\_\_, E \_\_\_\_\_ et C \_\_\_\_\_, devant être posé par les rhumatologues et les psychiatres, il ne lui appartenait pas, en tant qu'orthopédiste, de s'exprimer à ce sujet. Cela étant, l'incapacité de l'assurée ne s'expliquait pas de ce point de vue, et l'aspect psychiatrique de l'état de santé de l'assurée devait être évalué plus précisément, de manière à ce que ce diagnostic puisse être précisé ou abandonné. Du questionnaire complété par le premier employeur le 25 février 2008, il ressort notamment que, le 9 février 2007, dernier jour de travail, l'assurée percevait un salaire annuel brut de 30'583 fr. pour trente-cinq heures de travail par semaine. Dans le rapport médical qu'elle a établi le 2 avril 2008, le docteur D \_\_\_\_\_ exposait notamment ce qui suit. L'assurée avait mal vécu le fait de travailler enfant dans l'agriculture, et ces douloureux souvenirs déclenchaient encore des angoisses ; elle regrettait de n'avoir pas vécu une enfance normale, car sa vie avait été vouée presque exclusivement au labeur, avec des répercussions physiques actuelles sur sa symptomatologie dépressive. Elle présentait une anhédonie importante, un sentiment d'impuissance vis-à-vis de son handicap, un manque de concentration, des troubles de l'appétit, parfois hyperphagiques, parfois de dégoût, des idées sombres, sans issue quant à son avenir. La praticienne notait une discrète amélioration due au changement de traitement avec, toutefois, persistance des symptômes décrits. Au cours de l'entretien, elle avait objectivé fatigue persistante, angoisse, irritabilité, repli sur soi et perte de confiance en soi. Le pronostic était dès lors défavorable, et des mesures médicales étaient impropres à améliorer une capacité de travail estimée nulle dans toute activité. Selon un avis médical établi le 28 avril 2008, le docteur I \_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), on pouvait, pour tenir compte de l'atteinte du rachis et de l'épaule droite, considérer que le métier de concierge ne pouvait plus être exercé qu'au taux de 30%. Dans un métier mieux adapté, la capacité de travail devait en revanche atteindre six heures par jour. En conclusion, il convenait de demander au docteur D \_\_\_\_\_ si l'état de santé actuel de l'assurée était similaire à celui qui

prévalait en mai 2007. Se posait en outre la question de l'opportunité d'une enquête ménagère. Selon un rapport médical intermédiaire dressé par le docteur D \_\_\_\_\_ le 4 juillet 2008, l'état de santé de l'assurée était demeuré globalement stationnaire depuis mai 2007, ou janvier 2008, et le pronostic était incertain. Sa capacité de travail était nulle dans l'activité de gestionnaire d'immeuble et une activité adaptée n'avait pas été envisagée. En tout état, une reprise de travail n'était pas envisageable. Sur le plan psychiatrique, une thérapie de soutien était nécessaire, et un traitement était en cours. Pour le surplus, un examen médical complémentaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail n'était pas nécessaire. Du rapport établi le 26 août 2008 par le docteur J \_\_\_\_\_, sur la base d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'épaule gauche de l'assurée, il ressort notamment qu'avait été constatée une discrète irrégularité à l'insertion du tendon du muscle sus-épineux, témoignant d'une tendinopathie mais sans rupture transfixiante ni lésion du bourrelet. Par décision du 15 septembre 2008, qui faisait suite à un projet de décision du 16 juillet précédent, l'OCAI a nié le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité, motif pris de l'absence d'une perte de gain. Le 15 septembre 2008 également, l'assurée a formé opposition à l'encontre du projet de décision du 16 juillet 2008 et sollicité un complément d'instruction concernant ses limitations à l'épaule gauche, ainsi que la mise en œuvre des mesures d'instruction qui s'imposent en cas de fibromyalgie. Par mémoire adressé au Tribunal de céans le 16 octobre 2008, l'assurée a conclu, avec suite de dépens, à l'annulation de cette décision et à ce que la cause soit renvoyée à l'intimé pour nouvelle instruction et, subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité. La recourante fait en substance valoir que l'intimé, qui avait rendu sa décision le jour même de la réception de l'opposition, n'avait pas pu examiner sérieusement les éléments qu'elle y mentionnait. La décision du 15 septembre 2008, qui la privait d'un degré de juridiction, ne constituait donc pas une réponse suffisante. À l'appui de ses écritures, la recourante a notamment produit une lettre adressée le 13 novembre 2007 par les docteurs K \_\_\_\_\_ et L \_\_\_\_\_ au docteur D \_\_\_\_\_, selon laquelle elle avait alors participé à une visite de sélection pour une étude clinique exploratoire chez des patientes fibromyalgiques ambulatoires, mais n'avait pas été retenue dans la mesure où elle présentait un score de dépression trop élevé, de 55/63 sur l'échelle de Beck, en regard des critères d'inclusion de l'étude. Les praticiens précisaient que ce score, conçu pour mesurer la sévérité d'une dépression, n'avait pas en soi de valeur diagnostique mais qu'il était compatible avec un état dépressif sévère. Par lettre du 19 décembre 2008, l'intimé a déclaré conclure au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. À l'appui de ses conclusions, l'OCAI expose notamment qu'en règle générale, seule une expertise psychiatrique est adéquate quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'est susceptible d'entraîner une atteinte à la santé psychique. À cet égard, l'expertise du docteur B \_\_\_\_\_ ne faisait état que d'un épisode dépressif léger sans syndrome somatique, et le diagnostic de fibromyalgie posé par le docteur C \_\_\_\_\_ ne correspondait à aucun état pathologique objectivement identifiable. Sur le plan somatique, les avis médicaux s'accordaient en outre à constater l'absence de pathologie décelable. Il apparaissait ainsi que les différents troubles psychiques et physiques constatés ou constatables ne se manifestaient pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, ils exclussent la mise en valeur de la pleine capacité de travail de la recourante. Pour le surplus, celle-ci disposait encore de ressources adaptatives et ne subissait aucune perte d'intégration sociale, et la prise en charge psychiatrique était adéquate. Sur ce point, l'avis des docteurs K \_\_\_\_\_ et L \_\_\_\_\_ était sans pertinence médicale dans la

mesure où il ne faisait qu'état d'un échec de la recourante au test de Beck, lequel n'a pas valeur de diagnostic ni ne constitue un outil objectif d'évaluation de la gravité d'une dépression. Par ordonnance du 15 janvier 2009, complétée le 27 mars suivant, le Tribunal a imparti un délai à l'OCAI pour interpellier le SMR et se déterminer sur l'opportunité d'un complément d'instruction au vu des documents fournis par la recourante. Par lettres du 20 mars et du 20 avril 2009, l'intimé a notamment précisé que le test de Beck consiste en une auto-évaluation par le patient, non reconnu en tant qu'outil diagnostique, qui peut être utilisé comme outil de dépistage ou de suivi pour objectiver l'évolution de l'état clinique d'un patient. Au vu des réponses proposées par le test, les résultats peuvent aisément évoquer faussement la présence d'un état dépressif ou son absence. Les diagnostics sont posés par les experts sur la base d'une anamnèse et d'un examen clinique détaillés, et d'une recherche systématique menée au regard des critères diagnostiques reconnus par la CIM-10 ; les échelles d'évaluation, telle l'échelle de Beck, ne sont qu'un élément parmi d'autres et ne sont d'ailleurs pas nécessaires pour qu'une expertise soit complète et convaincante. S'agissant de la hernie discale diagnostiquée en 2003, de la bursite et de la tendinopathie du sus-épineux révélées par l'IRM d'août 2008 et des lésions transfixiantes confirmées à cette occasion, il était important de souligner que la corrélation entre un status clinique et une image radiologique n'est pas une corrélation simple. En médecine, il est communément admis que l'examen clinique prime sur l'imagerie, celle-ci permettant de déterminer l'étiologie des atteintes constatées. En résumé, l'absence d'échelle de Beck dans l'expertise du docteur B\_\_\_\_\_ n'en remettait pas en cause les conclusions. D'autre part, les documents radiologiques fournis n'apportaient aucun élément médical nouveau, de sorte que l'instruction du cas était complète du point de vue médical. Invitée à se déterminer, la recourante a, par lettre du 19 mai 2009, relevé que le dossier n'avait pas été complètement instruit par l'OCAI. Au terme d'un résumé complet de la situation, elle sollicitait la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire pour évaluer les conséquences de sa hernie discale, de la bursite, de la tendinopathie du sus-épineux, des lésions du tendon, de la dépression et du caractère invalidant de la fibromyalgie sur sa capacité de travail. Pour sa part, l'intimé a, par lettre du 20 mai 2009, confirmé ses conclusions. Il précisait que le dossier contenait, de son point de vue, suffisamment d'éléments concordants sur le plan médical et que le cas avait été instruit de manière exhaustive. Sur quoi, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées par lettres du 26 mai 2009. **EN DROIT** Conformément à l'art. 56V al. 1 er let. a ch. 2 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. 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 130 V 230 consid. 1.1, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références citées). En particulier, les dispositions de la nouvelle du 6 octobre 2006 modifiant la LAI (5 e révision), entrée en vigueur le 1 er janvier 2008 (RO 2007 5129), sont régies par ce principe. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 38 et 56 ss LPGA), le recours déposé à l'office postal le 16 octobre 2008 conformément à l'art. 39 al. 1 er LPGA est recevable. Le litige porte sur le droit de la recourante au versement d'une rente d'invalidité. Préalablement, il

convient cependant d'examiner brièvement l'opportunité du complément d'instruction requis. La garantie de la double instance doit être mise en relation avec le droit d'être entendu, avec lequel elle se confond dans une certaine mesure tout au moins ; elle n'est pas, en tant que telle dans le domaine du droit administratif, une garantie générale de procédure ou un droit constitutionnel des citoyens (ATF non publié du 17 août 2000, 1A.17/2000 ). Il s'agit pour les parties d'éviter qu'une réparation de la violation du droit d'être entendu ait pour conséquence de les priver de la possibilité de faire valoir leurs arguments devant deux autorités successives (ATFA non publié du 8 novembre 2002, I 431/02, consid. 3.1). La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 129 II 504 consid. 2.2), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b et les références). Ainsi, la violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 V 132 consid. 2b et les références). De plus, 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 ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). 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, comme nous l'avons vu, toujours valable. En l'espèce, il apparaît que la recourante a largement pu faire valoir ses arguments par-devant le Tribunal de céans, de sorte que, même à considérer que la décision sur opposition du 15 septembre 2008 était quelque peu prématurée, son droit d'être entendue et, partant, la garantie de la double instance ont été préservés à satisfaction de droit dans le cadre de la présente procédure. Il apparaît en outre, au vu des nombreux documents médicaux mis à la disposition du Tribunal, que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier son appréciation, de sorte qu'il est superflu de solliciter la réalisation d'une expertise supplémentaire. La requête de la recourante tendant au renvoi de la cause à l'OCAI pour complément d'instruction devra donc être rejetée. Sur le fond, l'art. 28 al. 2 LAI (dont le contenu est le même que celui de l'ancien art. 28 al. 1 er LAI [aLAI]) dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% 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. 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 er LPGA et 4 al. 1 er LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain (voir l'art. 7 al. 1 er et al. 2, 1 ère phrase LPGA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1 er janvier

2008). La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est donc une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (voir ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère cependant 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. Il n'y a en effet incapacité de gain que si l'atteinte à la santé n'est pas objectivement surmontable (cf. art. 7 al. 2, 2 e phrase LPGA) ; la mesure de ce qui est exigible doit donc être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; voir aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine ). Dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65 ), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques – plaintes douloureuses diffuses – sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogénèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 ). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 131 V 49 et 130 V 352 ), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence 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). 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], 4 e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral (TF), les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux (ou à une

fibromyalgie), dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive qui ne doit pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine ; MEYER/BLASER, op. cit. , p. 81, note 135). 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 en effet 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 256 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, déjà évoqué, 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 n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3). En particulier, s'agissant 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 lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Relevons encore que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5). En l'espèce, les avis médicaux des docteurs H \_\_\_\_\_, orthopédiste, et E \_\_\_\_\_, rhumatologue, ainsi que des docteurs B \_\_\_\_\_ et D \_\_\_\_\_, psychiatres, et du docteur C \_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante, diffèrent quelque peu quant aux conclusions auxquels ils aboutissent, de sorte qu'il convient d'en examiner brièvement les mérites respectifs. Sur le plan somatique, l'expertise conduite par le docteur H \_\_\_\_\_ se fonde sur des examens cliniques étendus, sur une anamnèse complète, les plaintes exprimées par l'assurée lors de la consultation étant prises en considération, et sur une description précise des interférences médicales, de sorte que le diagnostic posé, qui exclut toute pathologie physique, est cohérent et digne de foi. Cet avis correspond en outre, s'agissant des troubles somatiques, aux conclusions de l'examen neurologique effectué par le docteur F \_\_\_\_\_ et de l'examen rhumatologique réalisé par le docteur

E\_\_\_\_\_. D'autre part, il n'apparaît pas que le docteur C\_\_\_\_\_ ait procédé à l'étude fouillée, sur la base d'examen complets, requise par la jurisprudence rappelée plus haut, pour fonder un avis revêtu d'une force probante suffisante. En outre, il y a lieu de tenir compte du fait qu'en sa qualité de médecin traitant de la recourante, ce praticien a tissé une relation de confiance étroite avec celle-ci, susceptible d'influencer sensiblement le contenu de ses propos. Partant, il convient de faire prévaloir l'avis médical, au demeurant unanime, selon lequel, sur le plan somatique, la capacité de travail de la recourante présente éventuellement des limitations fonctionnelles qui ne sont pas le résultat d'une quelconque pathologie, mais des douleurs éprouvées. Sur le plan psychique, le rapport d'expertise établi le 12 juillet par le docteur B\_\_\_\_\_ montre que ce praticien a procédé à un examen objectif de la situation personnelle et clinique de la recourante, qu'il a rapporté les constatations qu'il avait faites de façon neutre et circonstanciée, et les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales pertinentes. Selon ce praticien, il ressort de l'anamnèse, de l'examen clinique, de l'étude du dossier et des rapports médicaux que la recourante ne présentait pas de dysfonctionnement durable des conduites et de l'expérience vécue, ni de déviance de la norme donnant lieu à une altération du fonctionnement personnel et social ou encore à une souffrance significative. Ces symptômes présents depuis plusieurs années et de faible intensité permettent de retenir le diagnostic d'épisode dépressif léger. Les avis médicaux exprimés par le docteur D\_\_\_\_\_, qui retient le diagnostic de fibromyalgie, ne présentent en revanche pas les mêmes garanties. En particulier, cette praticienne n'a pas précisé en quoi les constatations objectives et subjectives recueillies devaient avoir pour conséquence, pour la recourante, une incapacité totale d'exercer quelque activité que ce soit. Au demeurant, le docteur D\_\_\_\_\_ s'est bornée, sur ce point, à déclarer qu'une autre activité, adaptée aux limitations constatées, n'avait pas été envisagée. Force est donc de constater que l'incapacité totale de gain à laquelle conclut cette praticienne n'est pas, au vu de l'état de santé de la recourante, estimé tour à tour en amélioration et stationnaire, motivée à satisfaction de droit. Pour ce qui est des résultats du test de Beck recueillis par les docteurs K\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_, leur totale absence de valeur diagnostique en l'absence de tout autre examen complémentaire commande de ne leur accorder aucune valeur probante. Au vu de ce qui précède, force est de constater l'absence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité et son acuité. S'il est établi que la recourante présente des troubles douloureux depuis février 2007, troubles dont la durée ne laisse pas d'inquiéter les praticiens consultés, il apparaît également qu'ils n'ont pas, au regard des principes rappelés plus haut, la gravité et l'acuité exigée par la jurisprudence pour en établir le caractère invalidant. Rien n'indique en effet que la recourante souffre de graves épisodes dépressifs, qu'elle ait eu à subir une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de sa vie ou l'échec de tous traitements ambulatoires ou stationnaires prodigués lege artis, ou encore qu'elle présente un état psychique cristallisé, sans évolution possible sur le plan thérapeutique. Partant, même à admettre qu'elle soit atteinte de fibromyalgie, force est de constater que la recourante n'a pas rendu vraisemblable que cette affection ou ses fâcheux effets ne peuvent plus, en l'état, être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. En conséquence, au degré de vraisemblance prépondérante requis, il s'impose de considérer que la synthèse proposée par les médecins du SMR, selon laquelle la capacité de gain de la recourante est, du seul fait des douleurs dont elle se plaint, de 70% dans l'activité qu'elle exerçait, ou de 75% dans une activité mieux adaptée, paraît tout à fait convaincante. L'art. 28 a al. 1<sup>er</sup> LAI (voir aussi l'art. 28

al. 2 aLAI) dispose que l'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant (ou ayant exercé) une activité lucrative. Cette dernière disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06). Enfin, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser, dans un arrêt du 19 décembre 2003 (ATF 130 V 121, consid. 3.2), que le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En l'espèce, le salaire auquel pouvaient prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé était de 4'019 fr. par mois en 2006 (tableau TA1, niveau de qualification 4), soit 4'088 fr. 85 en 2007 en raison de l'évolution des salaires nominaux (indice 2006 : 2'014 ; indice 2007 : 2'049). Ce salaire hypothétique tient compte d'un large éventail d'activités légères existant sur le marché du travail, qui ne nécessitent pas de formation particulière, dont un nombre suffisant intègre le handicap et les limitations fonctionnelles de la requérante, et représente, étant donné que les salaires bruts standardisés sont fondés sur un horaire de travail de quarante heures par semaine, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2007 (41.7 heures), un revenu de 4'262 fr. 60 par mois ( $4'088.85 \times 41.7 \div 40$ ), ou 51'151 fr. 45 par année en 2007 ( $4'262.60 \times 12$ ). La pratique montre que le salaire moyen des travailleurs étrangers affectés à des tâches simples et répétitives peut être, de ce fait, supérieur à la moyenne (cf. ATFA non publiés des 30 août 1999, I 193/99, 30 mars 1999, I 140/97, et 6 octobre 1998, I 39/98), de sorte que l'on ne saurait considérer que la requérante est nécessairement désavantagée par sa nationalité espagnole. D'autre part, âgée de cinquante-deux ans au moment de la décision querrellée, elle peut certes faire valoir des années d'expérience, mais il ne faut pas perdre de vue qu'elle exerçait une activité qui est désormais partiellement proscrite, et que l'éventail

des travaux légers qu'elle peut réaliser, un peu moins large que celui d'une employée parfaitement apte au travail, a pour conséquence qu'elle doit, de ce fait, vraisemblablement compter avec un salaire légèrement inférieur à la moyenne (cf. ATFA du 28 juillet 1999, publié in VSI 1999 p. 246). Enfin, mis à part le syndrome douloureux, qui entraîne des limitations fonctionnelles à hauteur de 25%, la recourante est en bonne santé. Partant, il se justifie de considérer qu'elle était en mesure d'exploiter sa capacité résiduelle de travail avec des chances de gain encore inférieures de 5% à la moyenne au regard des circonstances qui lui sont particulières. Il convient par conséquent de retenir qu'elle était en mesure de générer un revenu d'invalidité de 35'806 fr. en 2007 (70% de 51'151.45). Selon les attestations de ses anciens employeurs, la recourante pouvait, sans invalidité, prétendre au versement d'un salaire annuel brut de 36'296 fr. en 2007 ( $[2'698 \times 2'049 \div 2'014] + 30'583$ ). Il résulte, de la comparaison des revenus ainsi déterminés pour l'année 2007, un taux d'invalidité de 1.35% ( $[(36'296 - 35'806) \div 36'296 \times 100]$ ), arrondi à 1%. Ce taux ne donne pas droit au versement d'une rente d'invalidité, de sorte que le recours devra également être rejeté sur ce point. L'art. 69 al. 1 bis LAI, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006, prévoit qu'en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. L'émolument, arrêté à 200 fr., sera mis à la charge de la recourante, qui succombe. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant À la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. Informe les parties 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 du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (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 Brigitte BABEL La présidente Isabelle DUBOIS Le secrétaire-juriste : Olivier TSCHERRIG Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.