RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1474/2005 **ATAS/4/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 9 janvier 2006

En la cause

Madame P_____, domiciliée à Genève, représentée par Maître Valérie LORENZI	recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis 97, rue de Lyon, 1203 GENEVE	intimé

Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente, Mesdames Karine STECK et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Madame P_____, ressortissante suisse par naturalisation née en 1961 à Casablanca, est arrivée en Suisse en 1991. Auparavant, après avoir suivi une formation de coiffeuse, elle avait exercé cette profession durant quelques années au Maroc.

2. L'assurée s'est mariée le 21 novembre 1991et a divorcé le 21 mai 1992. Le 14 février 1997, elle a donné naissance à un fils, et s'est séparée du père de celui-ci quelques mois plus tard.

3. Selon une IRM lombaire pratiquée le 23 novembre 1995 par le Dr A_____, radiologue, l'assurée souffrait de : multiples herniations intraspongieuses au niveau des plateaux vertébraux, traces d'une maladie de Scheuermann, discopathie L1-L2 avec dégénérescence discale L1-L2 et L4-L5, protrusion discale prononcée de localisation paramédiane gauche au niveau L1-L2, appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural et ébauche d'herniation latérale à la hauteur de L4-L5.

4. Le 29 novembre 2001, l'intéressée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) visant à l'obtention d'une rente.

   Selon une attestation jointe à la demande, l'assurée avait effectué un stage de réinsertion socioprofessionnelle à la Maison de l'Ancre dans le service d'intendance et à la cafétéria du 2 avril au 22 juin 2001.

5. Selon un rapport médical du 12 mars 2002 du Dr B_____, médecin traitant, l'assurée était totalement incapable de travailler depuis le 1er janvier 1999 en raison de dorso-lombalgies chroniques, discopathies étagées et maladie de Scheuermann. Elle souffrait par ailleurs d'un état dépressif modéré et une fibromyalgie était suspectée. En raison de l'inefficacité des traitements et des connaissances professionnelles réduites de la patiente, la reprise d'une activité professionnelle quelconque semblait difficile.

   Les conclusions du 24 novembre 1995 du Dr A_____, suite à l'IRM lombaire, étaient jointes à ce rapport.

6. A la demande de l'OCAI, les Dr C_____, Chef de Clinique du Département de psychiatrie, et D_____, spécialiste en médecine interne, ont rendu un rapport d'expertise psychiatrique de l'assurée le 6 avril 2004. Le diagnostic de probable trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission a été posé. Les données anamnestiques concernant les épisodes dépressifs passés étaient

incertaines, mais l'absence actuelle d'une dépression majeure ne faisait aucun doute. L'assurée souffrait d'un syndrome douloureux présent depuis 1993 sans rémission, traité par antalgiques et tizanidine. Le pronostic était mauvais en raison de la chronicité et de l'intensité des troubles et il semblait illusoire d'envisager une évolution favorable qui permettrait une reprise de l'activité lucrative. Une évaluation rhumatologique semblait toutefois nécessaire pour se prononcer sur les répercussions fonctionnelles des lésions radiologiques décrites. Les critères d'un trouble somatoforme douloureux persistant pourraient être présents, mais le diagnostic ne pourrait être posé qu'après exclusion d'une étiologie organique. Le diagnostic de fibromyalgie ne pouvait être posé que par un rhumatologue.

Il existait des limitations sur le plan psychique, sans toutefois qu'une pathologie psychiatrique particulière ait pu être décelée. Du point de vue psychiatrique, l'activité exercée jusqu'ici était encore exigible, mais il existait une diminution de rendement de 20 % depuis le 1er janvier 1999 due à la fatigabilité diurne, ainsi qu'aux sentiments de découragement et de dévalorisation de l'assurée.

Les limitations physiques ainsi que la capacité résiduelle de travail devaient également être évaluées par la biais d'une expertise rhumatologique et/ou orthopédique.

7. En date du 12 août 2004, le Dr E_____, médecin chef du service de rhumatologie de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds a rendu un rapport d'expertise de l'assurée à la demande de l'OCAI. Celui-ci a complété les éléments qu'il avait déjà en sa possession par une évaluation isocinétique ainsi qu'une radiographie du rachis lombaire. A l'issue de son expertise, le Dr E_____ a posé les diagnostics suivants : lombosciatalgies gauches chroniques, troubles de la statique du rachis et discopathie modérée du dernier disque lombaire fonctionnel, tendance à l'hyperlaxie ligamentaire, syndrome somatoforme douloureux chronique et probable surcharge psychologique.

   L'examen clinique révélait une patiente en bon état général avec une bonne mobilité des différents segments rachidiens ainsi que des articulations périphériques. Le status neurologique était normal. Compte tenu des résultats des examens pratiqués, l'assurée répondait aux critères d'un syndrome douloureux somatoforme chronique (apparenté à une fibromyalgie). En raison de ces critères, elle s'était vue reconnaître une diminution de 20 % de rendement par l'expertise psychiatrique. La capacité de travail dans la profession de coiffeuse pouvait être considérée comme complète du point de vue musculo-squelettique. Les diagnostics posés ne justifiaient pas d'incapacité de travail dans la profession de coiffeuse. Le pronostic restait néanmoins réservé étant donné le manque de participation de l'assurée, objectivé lors de l'évaluation isocinétique du rachis. Certains autres examens pourraient encore être réalisés, mais leur résultat ne modifierait pas les

conclusions de l'expertise, raison pour laquelle il était laissé au médecin le soin de décider de l'utilité d'y procéder.

Pour retrouver sa capacité de travail, il était important que l'assurée s'astreigne à effectuer régulièrement ses exercices de renforcement musculaire et respecte les règles d'hygiène vertébrale qui lui avaient été enseignées. Enfin, des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas nécessaires, n'importe quelle activité professionnelle non lourde pouvant être effectuée sans restriction supérieure à celle signalée par l'expert psychiatre.

8. Par décision du 29 novembre 2004, l'OCAI a rejeté la demande de prestations. L'expertise rhumatologique avait démontré qu'il n'existait pas d'incapacité de travail médicalement justifiable dans l'activité de coiffeuse ou dans toute autre activité adaptée. Par contre, une incapacité de travail de 20 % était retenue sur le plan psychiatrique. Les éléments tels que l'âge, la formation insuffisante, les difficultés linguistiques ou la situation économique ne constituaient pas des facteurs propres à influencer l'invalidité. Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donnait pas droit à une rente.

9. Par courrier du 13 janvier 2005, l'assurée s'est opposée à cette décision et a conclu à son annulation. Une expertise médicale pluridisciplinaire devait être ordonnée pour déterminer les atteintes dont elle souffrait ainsi que sa capacité de travail, en raison des contradictions existant entre les rapports des Dr E_____ et B_____. Les résultats de différents examens pratiqués par le nouveau médecin traitant de l'assurée, le Dr F_____, seraient également transmis à l'OCAI.

   Sur le fond, elle devait être considérée comme remplissant les conditions légales lui permettant d'être mise au bénéfice de prestations d'invalidité. Elle était totalement incapable de travailler et le Dr B_____ avait fixé son taux d'invalidité à 100 %, ce qui lui donnait droit à une rente entière. Aucune activité professionnelle n'était exigible de sa part.

10. Le 18 février 2005, l'OCAI a indiqué à l'assurée qu'il était toujours dans l'attente des documents du Dr F_____ et lui a imparti un délai de 10 jours pour les produire. Sur demande de l'assurée, ce délai a été prolongé au 7 mars 2005.

11. Par télécopie du 7 mars 2005, l'assurée a sollicité un nouveau délai pour produire les pièces médicales, dans la mesure ou elle n'arrivait pas à joindre son médecin. Elle souhaitait donc pouvoir en consulter un autre.

12. Par décision du 22 mars 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée. Le dossier contenait deux expertises médicales qui devaient se voir reconnaître pleine force probante. L'appréciation différente du médecin traitant n'était pas susceptible d'ébranler les conclusions étayées des experts et l'OCAI était habilité à s'en écarter

dans un tel cas. A la lecture des conclusions des experts, l'office était légitimé à considérer que l'assurée ne rencontrait aucune limitation de sa capacité de travail sur le plan physique. Des facteurs psychosociaux extra médicaux et étrangers à la notion d'invalidité intervenaient dans la capacité de travail attestée par le médecin traitant. La baisse de rendement attestée par l'expert psychiatre était reconnue par l'OCAI et se confondait avec le taux d'invalidité, ce qui n'ouvrait le droit à aucune prestation financière.

13. Le Dr B_____ a adressé sa patiente au Dr G_____, rhumatologue, lequel a rendu un rapport le 19 avril 2005. La patiente souffrait de cervicalgies et de lombalgies chroniques, avec, depuis plusieurs mois, des épisodes aigus. Les douleurs étaient constantes, avec une prédominance la nuit et au lever. Elle présentait des rachialgies chroniques et diffuses avec probablement une fibromyalgie. On pouvait se poser la question d'une spondarthrite séronégative mais elle semblait très peu probable. Si cela n'avait pas été fait, des radiographies de la colonne lombaire et du bassin étaient indiquées. Il signalait avoir effectué une infiltration de l'insertion de l'angulaire de l'omoplate gauche.

14. Dans un certificat du 27 avril 2005, le Dr H_____, psychiatre, a indiqué que l'assurée l'avait consulté dès le 11 avril 2005. Elle souffrait d'un état dépressif important, avec baisse de l'élan vital, anxiété et insomnies. Sa capacité de travail était nulle. D'après l'anamnèse, cet état durait depuis environ six mois.

15. Le 29 avril 2005, le Dr B_____, médecin traitant, a attesté du fait qu'il suivait la patiente depuis 5 ans environ en raison de douleurs chroniques cervicales, dorsales, lombaires avec irradiation dans la fesse gauche. Une consultation chez un rhumatologue avait montré l'existence d'une fibromyalgie. L'état de la patiente s'était péjoré depuis cinq mois et les douleurs ne répondaient plus au traitement appliqué. Elle était inapte à effectuer n'importe quel travail.

16. Par acte du 3 mai 2005, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 22 mars 2005 par-devant le Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant à son annulation et à ce qu'une expertise médicale pluridisciplinaire soit ordonnée. Cela fait, il y avait lieu de lui reconnaître une invalidité de 100 %. Elle a indiqué qu'elle remplissait les conditions légales permettant de la reconnaître comme pleinement invalide depuis le 1er janvier 1999. Les Dr H_____ et B_____ avaient attesté de son incapacité totale de travail. Aucun traitement ne pouvait plus la soulager et aucune capacité de gain résiduelle ne pouvait être mise en valeur. Son taux d'invalidité était donc bien de 100 %. Enfin, le Dr G_____ avait indiqué que certains examens complémentaires seraient nécessaires.

17. Dans sa réponse du 19 mai 2005, l'OCAI a conclu au rejet du recours, renvoyant à sa décision sur opposition dont il confirmait expressément les termes et conclusions. Les nouvelles pièces médicales des Dr B_____, G_____

et H_____ ne modifiaient pas sa position. Les observations des Dr G_____ et B_____ étaient de nature à corroborer les précédentes analyses médicales versées au dossier et le rapport du Dr H_____ faisait état d'une aggravation de l'état de santé par des explications extrêmement succinctes. De plus, les états dépressifs ne devaient en principe pas faire l'objet d'un diagnostic séparé dans le cadre de troubles somatoformes douloureux, dans la mesure où ils ne constituaient en général qu'une manifestation réactive de ceux-ci.

18. Le 3 octobre 2005, le Tribunal de céans a convoqué les parties en audience de comparution personnelle, ainsi que le Dr H_____ afin qu'il soit entendu comme témoin.

    A cette occasion, la recourante, assistée d'un interprète, a indiqué qu'elle était suivie par les Dr B_____ et H_____. Elle s'occupait elle-même de son enfant, mais se faisait parfois aider pour cette tâche. Elle faisait d'habitude son ménage mais ne l'avait que très peu fait depuis 5 à 6 mois. Un assistant social lui avait trouvé un travail avant qu'elle dépose sa demande de prestations de l'assurance-invalidité, mais l'employeur lui avait demandé de partir après quelques mois. Elle n'avait pas subi d'opération chirurgicale.

    Le Dr H_____ ne s'est pas présenté à l'audience et s'en est excusé par courrier du 3 octobre 2005.

19. En réponse à un courrier du Tribunal du 11 octobre 2005, le Dr H_____ a confirmé dans un rapport du 25 octobre 2005 qu'il suivait la recourante depuis le 11 avril 2005 et qu'il l'avait vue tous les quinze jours jusqu'au 17 juin 2005. Il ne l'avait plus revue depuis en raison des vacances. Son traitement consistait en des entretiens psychothérapeutiques, alors que le traitement médicamenteux était dispensé par le Dr B_____. Outre la dépression récurrente, la patiente présentait un trouble somatoforme douloureux de type fibromyalgie. Elle suivait régulièrement son traitement.

    Pour le surplus, elle subissait une perte d'intégration sociale importante, elle était marginalisée du monde du travail et du champs de ses relations personnelles. Aucun progrès n'était signalé sur le plan clinique ou socio-professionnel. Toutefois, on ne pouvait parler d'échec total des traitements et une "sortie du tunnel" était espérée. Son incapacité de travail était totale et elle ne disposait pas de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleur et de travailler. S'agissant de l'état dépressif, il était lié au trouble somatoforme douloureux et entretenu par ce dernier.

    Enfin, le Dr H_____ indiquait ne pas être en accord avec les conclusions du Dr C_____ quant à la capacité de travail, compte tenu du tableau clinique actuel.

20. Le 27 octobre 2005, ce rapport a été transmis à l'OCAI par le Tribunal de céans qui a ensuite gardé la cause 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.

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

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce reste toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel, en cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 127 V 467, consid. 1 ; 126 V 166), la recourante se prévalant d'une incapacité totale de travailler depuis 1999.

   De même, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852) ne sont pas applicables (ATF 127 V 467 consid. 1).

   En matière de procédure toutefois, les dispositions de la LPGA s'appliquent à tous les cas dès son entrée en vigueur.

4. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

5. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité au sens de la présente loi est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une

atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'alinéa 2 précise que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Le droit à la rente est déterminé par l'art. 28 al. 1er LAI qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 pour cent au moins. La rente est entière pour une invalidité de 66 2/3 % au moins, elle est d'une demie pour une invalidité de 50 % au moins et d'un quart pour une invalidité de 40 % au moins, en vertu du deuxième alinéa.

6. Le risque couvert par l'assurance-invalidité et donnant droit à des prestations est basé sur des faits médicaux. Pour juger des questions juridiques qui se posent, les organismes d'assurance et les juges des assurances sociales doivent dès lors se baser sur des documents qui sont établis essentiellement par des médecins (ATF 122 V 158). Ils peuvent ainsi se baser sur les rapports demandés par l'office AI aux médecins traitants, sur les expertises de spécialistes extérieurs et sur les examens pratiqués par les centres d'observation créés à cet effet (art. 69 al. 2 et 72bis du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI).

   L'administration et, en cas de recours, le juge attendent de l'expert médecin, dont la mission diffère ici clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que ses conclusions s'appuient sur des considérations médicales et non pas des jugements de valeur (voir à ce sujet Jacques Meine, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss, ainsi que François Paychère, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, page 133 ss, in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Dès lors, les médecins mandatés en qualité d'expert ne sauraient être liés par les conclusions retenues par des confrères.

   En outre, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante

d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

Le droit fédéral ne fixe aucune prescription sur la manière d'apprécier les moyens de preuve, le principe de la libre appréciation des preuves s'appliquant en matière de procédure administrative. Il convient de rappeler ici que selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 (ATF 125 V 351).

7. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 ; cf. aussi ATF 127 V 298).

   La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique sous la forme d'un trouble somatoforme douloureux persistant suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). 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 (ATFA non publié du 24 août 2005 en la cause I 752/04).

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 ATF 131 V 50 consid. 1.2).

En résumé, la jurisprudence exige la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes. Lorsqu'un trouble dépressif accompagne un trouble somatoforme douloureux et qu'il apparaît comme une réaction à celui-ci, il ne constitue pas une affection autonome, distincte du syndrome douloureux psychogène, au sens d'une comorbidité psychiatrique manifeste d'une acuité et d'une durée importantes (ATF 130 V 358, ATFA non publié du 30 novembre 2004 en la cause I 630/03).

8. L'assurée demande à se voir reconnaître une invalidité de 100 % en se basant principalement sur l'avis de son médecin traitant, le Dr B_____ (rapport du 29 avril 2005) ainsi que les avis des Drs G_____ (rapport du 19 avril 2005) et H_____ (rapport du 27 avril 2005).

   De son côté, l'OCAI se base sur deux expertises, psychiatrique et rhumatologique, pour conclure que l'assurée dispose toujours d'une capacité de travail de 80 % dans sa profession de coiffeuse.

   Les deux rapports d'expertise ont été réalisés par des spécialistes en psychiatrie et rhumatologie. Ils se fondent sur des examens complets et prennent en considération les plaintes exprimées par la recourante. Il ont été établis en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions des experts sont dûment motivées. L'expert en rhumatologie a également fait procéder à des examens complémentaires (évaluation isocinétique ainsi que radiographie du rachis lombaire).

   Sur le vu de ce qui précède, les rapports d'expertises des 6 avril et 12 août 2004 remplissent toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante de tels documents (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). L'expertise rhumatologique a été réalisée en tenant pleinement compte des conclusions de l'expertise psychiatrique. De plus, ces deux expertises sont relativement récentes, puisqu'elles ont été réalisées en 2004.

   A la lecture de l'expertise rhumatologique, l'on peut se convaincre que l'assurée ne subit pas de diminution de sa capacité de travail en raison des atteintes physiques dont elle souffre. Certes, l'expert a diagnostiqué un certain nombre d'atteintes (notamment des lombosciatalgies gauches, des troubles de la statique du rachis et une discopathie modérée du dernier disque lombaire), mais il a expliqué de manière convaincante que ces atteintes n'avaient pas comme conséquence une diminution de la capacité de travail.

   S'agissant des rapports médicaux versés au dossier par la recourante, ils ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise rhumatologique. Ainsi, le rapport du 19 avril 2005 du Dr G_____ est très proche de l'expertise rhumatologique en ce qui concerne les constatations et ne se prononce pas sur la capacité de travail de l'assurée. Ce médecin relève que des radiographies seraient indiquées si elles n'ont pas été pratiquées. Or, la recourante s'est soumise à une IRM lombaire le 23 novembre 1995 et, dans le cadre de l'expertise rhumatologique, à une évaluation isocinétique du rachis ainsi qu'une radiographie du rachis lombaire du 29 juillet 2004. Quant au rapport du Dr B_____, il est extrêmement succinct et confirme l'existence d'une fibromyalgie et de cervico-dorso-lombalgies chroniques. Il estime cependant celles-ci invalidantes et indique que les douleurs ne

répondent plus au traitement. Ces constatations ne sauraient remettre en cause l'avis complet et convaincant de l'expertise précitée.

Ainsi, il y a lieu de retenir que, du point de vue fonctionnel, l'assurée ne souffre pas d'atteinte à la santé physique propre, permettant à elles seules, d'entraîner une incapacité de travail et de gain d'une certaine importance.

9. Il s'agit ensuite d'examiner en l'espèce si l'assurée présente une atteinte invalidante à la santé psychique, en raison du trouble somatoforme douloureux ou d'autres atteintes psychiques. A noter ici que de l'avis de l'expert en rhumatologie, qui a diagnostiqué le trouble somatoforme douloureux, ce trouble est sans conséquence sur la capacité de travail de l'assurée, qui reste entière. Quant à l'expertise psychiatrique elle conclut à une diminution de rendement de 20 % dans l'activité exercée auparavant, en raison d'une fatigabilité, et de sentiments de découragement et de dévalorisation de l'assurée.

La recourante invoque l'avis du Dr H_____ selon lequel son incapacité de travail est totale. Cependant, en présence d'un trouble somatoforme douloureux il y a lieu, alors même que les conclusions médicales de l'expert psychiatre reconnaissent une incapacité totale de travail de l'intéressée, de se fonder sur les critères de la jurisprudence précitée pour déterminer si l'atteinte est ou non invalidante.

A cet égard, le diagnostic de « probable trouble dépressif récurrent actuellement en rémission » retenu par l'expert psychiatre ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer un processus de travail, n'est pas exigible de la part de la recourante. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOBOUR/SCHMIDT (éd.), Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème éd., p. 191) sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral des assurances, 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 général 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). Le Dr H_____, psychiatre de l'assurée, a également relevé que le trouble dépressif était lié au trouble somatoforme douloureux et entretenu par ce dernier. Enfin, il est à souligner que ce trouble est considéré comme étant en rémission par l'expert-psychiatre.

Se pose dès lors la question de la présence éventuelle d'autres critères, dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux.

En regard de l'ensemble du dossier médical, le critère des affections corporelles chroniques sans rémission durable peut être tenu pour établi, se fondant sur le fait que les douleurs sont présentes depuis environ dix ans.

Il n'y a pas lieu de conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique ou à l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art. Ce fait est confirmé par le Dr H_____, qui a indiqué que l'on ne pouvait parler d'échec total des traitements et qu'une "sortie du tunnel" était espérée. Cela est d'autant plus vrai que le suivi spécifique de ce spécialiste n'a a ce jour duré que deux mois, soit du 11 avril au 17 juin 2005. La perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie n'est pas non plus établie.

Enfin, compte tenu de l'âge de la recourante, de sa capacité d'assumer la responsabilité de ses tâches quotidiennes, en particulier la tenue de son ménage ainsi que l'éducation de son enfant, force est de constater qu'elle n'a pas épuisé ses ressources adaptatives.

Ainsi, les troubles psychiques en cause ne se manifestent pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, ils excluent toute mise en valeur de la capacité de travail de la recourante. Au contraire, il y a lieu d'admettre le caractère exigible d'un effort de volonté de sa part en vue de surmonter la douleur et de se réinsérer dans un processus de travail. Aussi, il y a lieu de confirmer que le trouble somatoforme douloureux en question n'entraîne pas de limitation de longue durée de la capacité de travail de l'assurée susceptible de conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 LAI.

En revanche, conformément aux conclusions de l'expertise psychiatrique, il y a lieu de reconnaître à l'assurée une diminution de rendement de 20 % due à la fatigabilité diurne, ainsi qu'aux sentiments de découragement et de dévalorisation.

Il en ressort que sur le plan somatique, la recourante dispose d'une capacité totale de travail, tandis que son état de santé psychique, entraîne une incapacité de travail de 20 %. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, le salaire d'invalide peut être calculé d'après le salaire statistique (activités simples et répétitives). Quant au salaire avant invalidité, il n'est pas établi, la recourante ayant uniquement effectué un stage dans le cadre de sa formation de coiffeuse qu'elle n'a d'ailleurs pas achevée. Dans ces circonstances, ainsi que l'a précisé récemment le Tribunal fédéral des assurances (arrêt non publié du 30 décembre 2003 en la cause I 238/03), il convient de déterminer les revenus avec et sans invalidité en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même tabelle statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré

d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATF du 15 avril 2003 en la cause I 1/03 consid. 5.2).

Ainsi, en se référant au salaire statistique précité comme salaire avant invalidité, et en tenant compte d'un taux d'activité effectif de 80 % ainsi que d'une déduction de 20 % (montant maximum que l'on pourrait appliquer compte tenu du jeune âge de la recourante, de sa mauvaise connaissance de la langue française et de son domicile en Suisse depuis environ quatorze années - ATF du 14 septembre 2005, cause I 808/04 - 809/04), le degré d'invalidité est de 36 %, soit un degré insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

10. Au bénéfice de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

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. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :	La présidente :
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

Le secrétaire-juriste :
Marius HAEMMIG

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