RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/192/2004 **ATAS/1023/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

1ère chambre

du 7 décembre 2004

En la cause

Madame O_____, mais comparant par Me Marc BELLON, avocat, en l'Etude duquel 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 Juliana BALDE et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Madame O_____, ressortissante portugaise née en 1956, est arrivée en Suisse en 1981. Dès le mois de février 1989, elle a été engagée par la société X_____ SA en tant qu'employée d'entretien à 100 %, puis à 50 % dès le mois de novembre 1996 en partageant son temps de travail avec une activité à mi-temps pour Y_____ SA.

2. Dès le 5 juin 1999, l'assurée a quitté son travail chez Y_____ SA et ne travaillait plus qu'à 50 % pour X_____ SA.

3. Le 17 mai 2000, elle 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 en raison de douleurs ostéoarticulaires multiples.

4. Dans un rapport du 30 mai 2000 à l'attention de l'OCAI, le Dr A_____, médecin traitant et rhumatologue, a diagnostiqué une fibromyalgie, un état dépressif, de l'obésité, ainsi que des lombalgies chroniques sur troubles statiques. La capacité de travail était de 50 % depuis le 5 juin 1999. La patiente se plaignait de douleurs depuis le début de l'année 1999. L'arrêt de son travail du matin avait permis d'améliorer la situation et les douleurs avaient également diminué grâce à la médication. L'essai d'une reprise à 100 % avait aggravé les symptômes, de sorte que l'arrêt de travail à 50 % était probablement définitif.

   A ce rapport était joint un avis du 18 novembre 1999 du Dr B_____, spécialiste en médecine interne et maladies du sang, qui avait diagnostiqué une polymyalgie, ainsi qu'une obésité. Un arrêt de travail à 50 % avait été prononcé à compter du 5 juin 1999 et devait être maintenu.

5. Le Dr A_____ a indiqué le 7 février 2001 dans un questionnaire concernant les troubles psychiques que l'état dépressif de sa patiente existait depuis 1998 et que des particularités de nature sociale, culturelle ou familiale influençaient légèrement l'affection actuelle. L'incapacité de travail était toutefois due uniquement à des affections physiques ou mentales et non socio-économiques ou conjoncturelles. L'incapacité de travail était de 100 %.

6. Le 26 juin 2001, X_____ SA a indiqué que son employée continuait à travailler à raison de 20h par semaine.

7. Dans un rapport intermédiaire du 26 novembre 2001, le Dr A_____ a confirmé une incapacité de travail de 100 %. La patiente ne comprenait pas

l'importance d'une prise en charge psychiatrique et le médecin a proposé à l'OCAI de demander un avis psychiatrique sur ce cas.

8. Le 8 octobre 2002, le dossier a été transmis à l'Office AI du canton du Jura par celui de Genève, qui était surchargé.

9. Sur mandat de l'OCAI, la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) a rendu un rapport d'expertise médicale le 10 février 2003, lequel se basait notamment sur une expertise psychiatrique établie le 3 février 2003 par le Dr C_____, psychiatre.

   L'expert psychiatre a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant possible. Il n'existait pas de trouble de la personnalité atteignant un seuil diagnostique et ayant des caractéristiques invalidantes. L'assurée ne présentait pas non plus d'état dépressif, ni de trouble affectif, et l'humeur était qualifiée de normale. Les troubles du sommeil étaient liés aux douleurs. Il n'y avait pas d'anxiété pour un trouble spécifique, ni d'éléments psychotiques florides. Compte tenu des circonstances, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme ne pouvait être qualifié de certain. S'il était retenu, il ne pourrait être que d'un degré léger et ne s'accompagnait pas de comorbidité psychiatrique significative. Le psychiatre ne pouvait retenir de pathologie psychiatrique invalidante. Il n'y avait pas lieu de retenir d'incapacité de travail.

   Le Dr D_____, responsable ambulatoire à la CRR, a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant. Un excès pondéral ainsi que des troubles dégénératifs du rachis lombaire étaient signalés, mais n'avaient pas de retentissement sur la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles étaient pratiquement inexistantes chez l'assurée dont la collaboration était imparfaite, mais dont le comportement n'était pas particulièrement douloureux ni ostentatoire. Les investigations para-cliniques étaient peu contributives. Lorsqu'elles ne reposaient pas sur un socle physique susceptible de les expliquer, les douleurs étaient considérées comme la manifestation d'un désordre psychique, raison pour laquelle l'étiquette « trouble somatoforme douloureux » était préférée à celle de fibromyalgie, qui pouvait être diagnostiqué chez tout patient souffrant d'une douleur chronique diffuse. L'assurée travaillait dans le même emploi depuis 1989 sans discontinuer et la limitation à 50 % était exclusivement liée à la douleur. L'évaluation du médecin traitant était basée sur des critères purement subjectifs.

   Au terme de l'entretien de synthèse, les experts ont conclu qu'il n'y avait pas d'altération des structures anatomiques ou des fonctions organiques susceptibles de limiter l'activité de nettoyeuse. Des facteurs environnementaux et personnels paraissaient jouer un rôle non négligeable dans le retrait professionnel partiel.

10. Par décision du 26 mars 2003, l'OCAI a rendu une décision de refus de rente. Sur la base de l'expertise, il était constaté que l'assurée ne souffrait d'aucune atteinte à la santé l'empêchant d'exercer son activité lucrative.

11. Par courrier du 10 mai 2003, l'assurée s'est opposée à cette décision, relevant que son médecin lui avait reconnu une incapacité de travail, et cela même dans une activité légère. Elle a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

12. Par courrier du 15 mai 2003, l'assurée a demandé à pouvoir consulter le dossier afin de compléter son opposition.

13. Le 24 juin 2003, l'OCAI a rendu une décision sur opposition par laquelle elle a confirmé sa décision initiale.

14. Par fax du 4 juillet, l'assurée a indiqué à l'OCAI qu'elle restait dans l'attente du dossier pour pouvoir compléter son opposition et a demandé à l'OCAI de retirer sa décision sur opposition.

15. Le 31 juillet 2003, l'OCAI a annulé sa décision sur opposition du 24 juin 2003.

16. A la demande de l'assurée, le Dr E_____, psychiatre, a procédé à une expertise psychiatrique, dont le rapport a été rendu le 22 octobre 2003. Selon ce spécialiste, l'assurée souffrait d'un trouble de la personnalité, type dépendante, de gravité moyenne ; d'un épisode dépressif, récurrent, sans syndrome somatique, actuellement moyen et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, vraisemblable, d'intensité moyenne. Le Dr E_____ critiquait par ailleurs l'expertise du Dr C_____ sur plusieurs points. Ainsi, ce dernier aurait dû prendre en considération la violence conjugale, la personnalité particulière de l'assurée et la dépression, qui restait toutefois un état thymique décrit à un moment donné et sujet à fluctuation. Par contre, le Dr E_____ rejoignait l'expert de la CRR sur le fait que le trouble somatoforme douloureux était possible, en ajoutant qu'il était même vraisemblable. L'assurée pouvait continuer à exercer une activité lucrative à 50 %, mais une reprise à 100 % n'était pas exigible. La structure de la personnalité présentait des traits prémorbides, une comorbidité psychiatrique était décelée, mais l'expert n'avait pas d'opinion sur d'éventuelles affections corporelles chroniques. Il existait une perte d'intégration sociale, un éventuel profit tiré de la maladie, un caractère chronique de la maladie sans rémission durable. Par ailleurs, la maladie s'étendait sur plusieurs années avec des symptômes stables et les traitements entrepris avaient échoué. Toutes les possibilités de traitement, selon les règles de l'art en psychiatrie, n'avaient en revanche pas été entreprises.

17. Par courrier du 6 novembre 2003, l'assurée a complété son opposition. Il ressortait de l'expertise du Dr E_____ que son invalidité était d'au moins 50% et les divergences de vue entre les deux expertises résidaient dans le diagnostic et

l'appréciation des circonstances. La problématique liée à la violence conjugale avait été ignorée par le Dr C_____, au point qu'il y avait lieu de se poser la question de la valeur probante de son expertise. La reconnaissance de l'incapacité de travail de l'assurée devait se baser sur divers critères mis en évidence par la jurisprudence. A la lecture du rapport d'expertise du Dr E_____, ces critères étaient remplis, de sorte qu'il y avait lieu de retenir l'existence d'un trouble somatoforme douloureux invalidant. L'expertise du Dr E_____ était à même de mettre en doute sur des points importants l'opinion et les conclusions du Dr C_____. L'assurée persistait donc dans ses conclusions et demandait à ce qu'une invalidité de 50 % au moins lui soit reconnue.

18. Le 24 novembre 2003, le Dr C_____ s'est prononcé sur l'expertise du Dr E_____ qui lui avait été soumise pour appréciation. En préambule, il a indiqué que son propre rapport se basait sur un examen complet du dossier, des entretiens avec la patiente, son médecin traitant et des maîtres professionnels expérimentés. En ce sens, il disposait de bien plus d'éléments que le Dr E_____. L'anamnèse et l'observation clinique des deux rapports étaient concordantes. Seule l'intensité de certains symptômes et l'interprétation de l'histoire de l'assurée différaient quelque peu. S'agissant du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme, le Dr C_____ avait eu connaissance du fait qu'elle était battue par le biais du médecin traitant, mais « la patiente ne présentait pas certains critères douloureux chroniques dont l'expression d'une immense souffrance qui ne laisse pas insensible l'examinateur ». Les plaintes algiques dominaient le comportement. Les experts étaient d'accord sur le fait qu'il existait une incertitude sur le diagnostic et, dans une telle situation, ce trouble ne pouvait en conséquence être qualifié que de gravité légère.

    Sur la question du diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique posé par le Dr E_____, le Dr C_____ n'avait pas de raison de mettre en doute cette appréciation clinique. Toutefois, lors de sa propre observation, qui était confirmée par les collègues interniste et rhumatologue, l'état thymique de la patiente ne permettait pas de retenir un trouble dépressif au sens des ouvrages diagnostiques de référence. Un trouble dépressif ayant valeur invalidante n'était pas vraisemblable. De plus, l'ensemble du tableau parlait indiscutablement contre un trouble de la personnalité ayant la gravité d'une affection médicale invalidante, tel qu'il avait été diagnostiqué par le Dr E_____.

    Enfin, dans son expertise, le Dr E_____ n'avait pas expliqué la corrélation entre l'appréciation médicale et l'incapacité de travail, ce qui diminuait sensiblement la valeur probante de son rapport. Il existait simplement des traits de personnalité particuliers, faits de passivité et de dépendance, qui n'avaient toutefois pas valeur de maladie en soi. Le trouble dépressif, pour autant qu'il existe, ne pouvait être reconnu comme invalidant. Enfin, certains critères jurisprudentiels

permettant de reconnaître le syndrome douloureux somatoforme persistant n'étaient pas remplis. En conclusion, le Dr C_____ maintenait intégralement son rapport et soulignait que les troubles psychiques devaient présenter une certaine gravité pour être reconnus comme invalidants.

19. Le 5 janvier 2004, l'OCAI a rendu une décision sur opposition, par laquelle il a confirmé sa décision initiale. Les atteintes à la santé présentées par l'assurée n'avaient pas de valeur invalidante, ce qui découlait du rapport d'expertise pluridisciplinaire de la CRR. De plus, l'expertise du Dr E_____ avait été soumise au Dr C_____ qui avait clairement justifié et objectivé les résultats de l'expertise pluridisciplinaire.

20. Par acte du 2 février 2004, l'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité basée sur une incapacité de travail d'au moins 50 %. Sur le plan psychique, deux interprétations d'experts s'opposaient. Ainsi, les Dr E_____ et C_____ étaient en désaccord sur le caractère invalidant des troubles de l'assurée. Pour le Dr E_____, les critères jurisprudentiels permettant de reconnaître le caractère invalidant du trouble étaient pleinement remplis. Selon la recourante, il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'avis du Dr E_____, dont la valeur probante était suffisante pour mettre en doute les conclusions du Dr C_____. Pour le surplus, la recourante indiquait ne pas rejeter en bloc le rapport d'expertise de la CCR, mais estimait que le Dr C_____ n'avait pas rempli son rôle. Ceci semblait également être l'avis du Dr A_____. A titre subsidiaire, la recourante demandait à ce que la querelle d'experts soit tranchée par un expert neutre.

21. Par préavis du 19 mars 2004, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Sur la base des éléments du dossier, et notamment l'expertise du Dr C_____, l'OCAI considérait que l'atteinte à la santé et les troubles ressentis par l'assurée n'étaient pas invalidants au sens de la loi et de la jurisprudence. Le rapport du Dr C_____ avait valeur probante, tenait compte de tous les éléments requis pour ce type de rapport, ne présentait pas de contradictions ou d'erreurs. De plus, l'expert avait répondu de manière argumentée et circonstanciée à l'investigation du Dr E_____.

22. Par duplique du 19 avril 2004, l'assurée a indiqué qu'elle contestait les trois raisons pour lesquelles l'OCAI refusait de lui allouer une rente d'invalidité, à savoir le fait que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux était vraisemblable et le trouble lui-même tout au plus léger, l'absence de comorbidité psychiatrique significative, ainsi que l'absence de structures anatomiques ou des fonctions organiques susceptibles de limiter l'activité de nettoyeuse. Selon elle, il existait des troubles physiques participant aux douleurs, qui accompagnaient le trouble somatoforme douloureux. Les rapports médicaux démontraient l'existence d'une

pathologie lombaire objectivée et les troubles dégénératifs du rachis pouvaient être douloureux. Le Dr D_____ avait lui-même remarqué que les troubles dégénératifs existants pouvaient jouer le rôle d'épine irritative mais qu'ils ne sauraient provoquer un handicap significatif dans les activités courantes, y compris professionnelles. Par ailleurs, la symptomatologie haute était elle aussi suggestive de trouble dégénératifs de la colonne cervicale. Aucun expert ne contestait la réalité des douleurs de l'assurée et il y avait lieu de préciser que c'était bien ces douleurs qui avaient jusque là fondé la réduction de la capacité de travail de l'assurée. Enfin, les pathologies psychiatriques justifiaient à elles seules une invalidité partielle. En effet, il existait plusieurs troubles peu graves pris isolément, mais invalidants de façon partielle lorsqu'ils étaient cumulés. Ces troubles devaient dès lors être considérés comme une comorbidité psychiatrique grave.

23. Par réplique du 17 mai 2004, l'OCAI a persisté dans ses conclusions et indiqué que la douleur était un élément subjectif qui ne pouvait constituer une preuve médicale objective. Cet élément devait être accompagné de troubles physiques ou psychiques reconnus comme étant invalidants par le corps médical, ce qui n'était pas le cas en l'espèce.

24. Après avoir transmis cette écriture à la recourante, le Tribunal de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 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. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : 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).

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

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

4. 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.

5. 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).

   Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, 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 15).

   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.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).

Lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353).

En outre, il convient de relever qu'une expertise présentée par une partie n'a pas la même valeur que des expertises mises en oeuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal ou par l'administration (ATF 125 V 354 consid. 3c).

D'une manière générale, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références; VSI 2001 p. 108 ; ATFA non publié du 9 avril 2002 en la cause I 379/01).

6. 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).

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 ; RAMA 1996 no U 256 p. 217). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 ; ATFA en la cause N. du 12 mars 2004, destiné à la publication, I 683/03). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (arrêt N. précité, consid. 2.2.2).

Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre une limitation de la capacité de travail susceptible d'entraîner une invalidité (arrêt N. précité, consid. 2.2.3). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement plus, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération - raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. consid. 2b et les références; arrêt N. précité, consid. 2.2.3 et les arrêts cités; voir également ATF 127 V 298).

Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4)

de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; arrêt N. précité, consid. 2.2.3 in fine).

Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés ci-dessus - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (cf. arrêt N. précité consid. 2.2.4. et les arrêts cités).

Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en oeuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent (art. 40 PCF en liaison avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 en liaison avec 113 et 132 OJ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a), l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socioculturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, énumérés aux considérants ci-dessus (ATFA non publié du 30 juin 2004 en la cause I 531/03).

7. En l'espèce, les principales appréciations médicales figurant au dossier sont le rapport d'expertise de la CRR du 10 janvier 2003 ainsi que l'expertise psychiatrique du Dr E_____ du 22 octobre 2003. A cela s'ajoutent des rapports du médecin-traitant, le Dr A_____ et du Dr B_____.

   Les spécialistes de la CRR ont procédé à une expertise multidisciplinaire, comprenant notamment un examen clinique complet de l'assurée, une expertise psychiatrique, ainsi qu'une observation en ateliers professionnels. La CRR a

procédé sur plusieurs jours à un examen complet et minutieux de l'état de santé de l'assurée. Pour ce faire, les experts se sont appuyés sur l'entier du dossier, notamment sur les certificats des médecins ayant examiné la patiente auparavant, de sorte qu'on ne peut que constater que leur rapport se base sur un dossier complet.

Une anamnèse complète a été réalisée et la patiente a été entendue plusieurs fois. Le rapport est circonstancié et les experts de la CRR ont procédé à une séance de décision multidisciplinaire afin de parvenir à des conclusions claires. L'état de santé de la recourante a ainsi fait l'objet d'examens approfondis. Le rapport d'expertise satisfait donc à tous les réquisits jurisprudentiels et doit se voir ainsi reconnaître pleine valeur probante.

S'agissant du rapport du Dr E_____, il est certes plus récent que celui du COMAI, mais reste moins exhaustif, principalement pour le motif qu'il ne s'agit que d'une expertise psychiatrique. Il se base par contre également sur un dossier médical complet et est le fruit de plusieurs entretiens (5) avec l'assurée. Ce point est particulièrement important pour ce qui concerne l'appréciation psychiatrique, qui est déterminante dans les cas de trouble somatoforme douloureux.

Sur le plan du diagnostic, le Dr E_____ est parvenu à la conclusion que l'assurée souffrait d'un trouble de la personnalité type dépendante, de gravité moyenne ; d'un épisode dépressif, récurrent, sans syndrome somatique, actuellement moyen et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, vraisemblable, d'intensité moyenne. Quant au Dr C_____, qui a réalisé une expertise psychiatrique pour le compte de la CRR, il n'a retenu que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant possible.

Les divergences entre les deux expertises psychiatriques touchent donc le point de la reconnaissance d'un état dépressif au sens médical du terme, ainsi que d'un trouble de la personnalité.

Sur la question de l'état dépressif, il sied de préciser que ce diagnostic ne saurait en tout état de cause suffire à déterminer le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATFA non publié du 8 juin 2004 en la cause I 282/03).

S'agissant du trouble spécifique de la personnalité retenu par le Dr E_____, il est écarté de manière explicitée et convaincante par le Dr C_____. Le parcours de l'assurée est reconnu comme étant fait de passivité et de dépendance,

mais l'ensemble des indications reçues parlait indiscutablement contre un trouble de la personnalité ayant la gravité d'une affection médicale invalidante. Ainsi, des traits de personnalités singuliers sont démontrés, mais n'ont jamais nécessité de soins ou de demande d'aide médicalisée par l'assurée ou ses proches. Il n'y avait pas eu de difficultés particulières dues à un trouble de la personnalité dans le cadre professionnel et le trouble n'empêchait pas l'assurée de continuer à travailler à mi-temps depuis plusieurs années. Il était reconnu également que la situation de victime chronique vécue par la patiente suscitait la compréhension, mais ne saurait avoir pour conséquence un diagnostic de trouble de la personnalité au sens médical.

Pour le reste, les deux expertises psychiatriques ne sont pas contradictoires sur le fond, sauf à considérer le taux d'incapacité de travail qui figure en conclusion. Dans la mesure où il est présenté par l'assurée elle-même, le rapport d'expertise du Dr E_____ n'a pas la même valeur que des expertises mises en oeuvre par un tribunal ou par l'administration, conformément à la jurisprudence. Sa teneur quelque peu différente à certains égards, mais pas fondamentalement opposée au rapport du Dr C_____, n'est pas propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par l'administration, ainsi qu'on vient de le voir.

Pour le surplus, le fait de savoir si le trouble somatoforme douloureux peut être reconnu comme invalidant au sens de la loi est du ressort du juge, et non du médecin, dont la tâche 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.

Pour toutes ces raisons et au vu des éléments figurant au dossier, la capacité de travail de l'assurée doit être fixée en se basant principalement sur l'expertise pluridisciplinaire de la CRR, laquelle est plus complète et plus convaincante, notamment pour ce qui concerne l'appréciation psychiatrique.

8. Le diagnostic posé par les experts est celui de syndrome douloureux somatoforme persistant. Selon le rapport de la CRR, ce trouble est sans conséquences sur la capacité de travail, qui reste entière. Le Tribunal de céans doit dès lors conclure que la recourante bénéficie d'une capacité de travail complète.

   médecins de la CRR et retenir que l'assurée dispose d'une pleine capacité de travail.

9. Enfin, s'agissant du mal de dos spécifique dont traite la recourante dans sa dernière Il précisera quoi qu'il en soit que même si l'on retenait que le trouble présenté par l'assurée diminuait sa capacité de travail, il conviendrait d'examiner les conditions fixées par la jurisprudence concernant son caractère invalidant.

Ce faisant, et contrairement à ce que soutient le Dr E_____, il y aurait lieu de nier l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes pour justifier une invalidité, et cela de manière claire à la lecture du dossier.

Se poserait dès lors la question du cumul éventuel d'autres critères permettant d'apprécier le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux litigieux. Il y aurait donc lieu d'examiner si la recourante réunit en sa personne de manière suffisamment marquée plusieurs autres critères consacrés par la jurisprudence qui fonderaient un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle.

Sur ce point, la présence d'affections corporelles chroniques (1) apparaîtrait comme possible. Certes, les douleurs sont présentes depuis plusieurs années, elles sont cependant « aspécifiques » et n'orientent le spécialiste vers aucune origine organique ou physiologique, ni par leur rythme, ni par leur topographie, ni par leur caractère. Les limitations fonctionnelles sont inexistantes et « le comportement n'est pas particulièrement douloureux ou ostentatoire ». Cette douleur ne s'accompagne d'aucune déficience physique (cf. rapport d'expertise CRR).

S'agissant du critère de la perte d'intégration sociale (2), il n'apparaît pas réalisé, dans la mesure où l'assurée a continué à exercer sa profession pour le même employeur depuis 1989 et qu'aucune perte d'intégration particulière n'est mentionnée dans les rapports. En réalité, l'assurée semble n'avoir jamais été particulièrement bien intégrée socialement, mais il est surtout important de relever qu'aucune perte particulière dans son intégration sociale n'est à signaler depuis l'apparition de ses douleurs, qu'elle fixe en 1990. Il n'est pas non plus démontré que le trouble influe sur l'entier de sa vie sociale. Des difficultés importantes existent dans le couple pour diverses raisons, mais il n'est pas spécifié que ces difficultés soient dues aux douleurs ressenties par l'assurée.

L'état psychique de la patiente ne semble par ailleurs pas cristallisé et sans évolution possible sur le plan thérapeutique (3). En effet, malgré les explications des médecins qu'elle a consultés, l'assurée n'a jamais cherché la cause de ses douleurs en consultant un spécialiste en psychiatrie. Il ne peut donc être retenu qu'une amélioration serait impossible, cela d'autant plus qu'il n'apparaît pas que l'assurée soit totalement dépourvue de ressources, au sens des experts de la CRR.

Enfin, l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (4) ne ressort d'aucune des expertises, le Dr E_____ ayant même précisé que toutes les possibilités de traitement selon les règles de l'art actuelles en psychiatrie n'avaient pas été épuisées. Ainsi, certains traitements pourraient permettre de diminuer les symptômes et les douleurs. Il n'est donc pas possible d'affirmer que ces douleurs ne sont plus influençables par les traitements existants.

On doit donc en conclure qu'il subsiste encore des traitements susceptibles d'améliorer l'état de l'assurée à moyen ou long terme.

10. En conclusion, il apparaît en tout état de cause que l'assurée ne présenterait pas les critères permettant de reconnaître le trouble somatoforme douloureux dont elle souffre comme invalidant. L'inexistence de ces critères et les conséquences qui en découlent au sens de la jurisprudence vont dans le même sens que les conclusions des médecins de la CRR, à savoir que l'assurée est en mesure de surmonter ses douleurs et les effets du trouble somatoforme douloureux, en faisant preuve d'efforts particuliers. Il y a donc lieu de confirmer cas échéant les conclusions des écriture, il est à noter que cette atteinte n'a jamais été signalée comme invalidante par les nombreux médecins ayant examiné cette assurée. Or, on rappellera que c'est la tâche du médecin qui 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, et non celle de l'assuré ou de son représentant. En ce sens, la pathologie lombaire a été mise en évidence dans l'expertise de la CRR et diagnostiquée en tant que telle, mais il a été jugé par les experts qu'elle ne saurait provoquer un handicap significatif.

    Le grief de la recourante sur ce point doit donc également être écarté.

11. 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 :

Marie-Louis QUELOZ Doris WANGELER

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