RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2339/2005 **ATAS/559/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 7 juin 2006

En la cause

Madame M_____, domiciliée Genève, comparant par Maître Jean-Marie I_____, rue de la Rôtisserie 2, case postale 3809, 1211 GENEVE 3, en l'Etude duquel elle élit domicile	recourante

contre

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

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente;

Mesdames Karine STECK et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Madame M_____, née le 1958, de nationalité turque, a rejoint son mari en Suisse en 1982. Dès 1983, elle a effectué des travaux de nettoyage à X_____, puis a travaillé comme auxiliaire de cuisine à Y_____, et enfin dans des usines. A la naissance de son dernier enfant en 1993, l'intéressée a cessé toute activité lucrative. Depuis le 11 juin 2001, elle a repris une activité accessoire comme employée d'entretien chez Z_____ SA, à raison de deux heures par jour.

2. L'intéressée est en incapacité totale de travail depuis le 5 novembre 2001. Elle a déposé en date du 27 septembre 2002 une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), visant à l'octroi d'une rente. L'intéressée a déclaré souffrir de problèmes de dos et de hanches depuis une dizaine d'années et de dépression depuis le 5 novembre 2001.

3. Le Dr A_____, médecin traitant, a adressé un rapport à l'OCAI en date du 14 octobre 2002. Il a posé les diagnostics de suspicion de fibromyalgie, d'hernie discale L4-L5, de colon spastique et d'état dépressif. Il a expliqué que depuis son dernier accouchement en 1993, la patiente présentait des douleurs diffuses au niveau cervico-dorso-lombaire accompagnées de sensations d'enflure aux genoux et aux hanches. Elle souffre d'insomnie, de fatigue, d'irritabilité et d'anxiété. Les points de fibromyalgie sont positifs, il n'y a pas de déficit sensitivo-moteur. L'incapacité de travail est de 100 % depuis le 5 novembre 2001, dans toute activité.

4. Dans un rapport du 24 juin 2003 à l'attention de l'OCAI, le Dr B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics suivants : troubles de l'humeur organique F 06.3, difficultés liées à l'acculturation Z60.3 et analphabétisme. L'incapacité de travail est de 100 % dès le 5 novembre 2001. Répondant au questionnaire complémentaire concernant les troubles psychiques, le Dr B_____ a indiqué que les particularités comportementales de nature sociale et culturelle influençaient grandement l'affection actuelle.

5. Le Dr C_____, médecin traitant, a établi un rapport à l'attention de l'OCAI le 22 janvier 2004. Il a indiqué que la patiente souffrait depuis plusieurs années d'un état douloureux chronique dorso-lombaire d'origine multifactorielle, de fibromyalgie et d'un état dépressif, avec aggravation depuis 4-5 ans, ces diagnostics entraînant des répercussions sur la capacité de travail. Elle présente encore des troubles métaboliques, sans influence sur la capacité de travail. L'incapacité de travail est de 100 % depuis le 5 novembre 2001, dans l'activité de femme de ménage.

6. Sur proposition du Service médical régional AI, SMR LEMAN, l'OCAI a mandaté le Dr D_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, pour expertise.

7. Le Dr D_____ a examiné l'assurée le 10 mars 2004 et a établi son rapport en date du 17 mars 2004. Il a posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant, de troubles dégénératifs discrets du rachis, d'une hernie discale D8-D9 et d'une discopathie L4-L5, de séquelle de maladie de Scheuermann, d'une hypothyroïdie substituée, d'hypercholestérolémie et d'obésité. Dans son appréciation du cas, il relève que l'examen clinique est parasité par de nombreux signes comportementaux alliant une exagération verbale et une projection non anatomique de la douleur; il est cependant relativement rassurant, sans limitations fonctionnelles objectivables, ni signes inflammatoires. L'examen neurologique est normal, l'EMG pratiqué chez le Dr E_____ le 23 septembre 2003 a permis d'exclure un trouble neurologique. Le neurologue a conseillé une prise en charge multidisciplinaire par la consultation de la douleur des Hôpitaux universitaires genevois ("étalissement hospitalier"). Les radiographies mettent en évidence une diminution de l'espace inter-somatique en L5-S1 avec une discrète spondylarthrose postérieure, l'IRM dorsolombaire de septembre 2003 révèle la présence d'une petite hernie discale paramédiane gauche, une plus large protrusion discale médiane L4-L5 et des séquelles de maladie de Scheuermann, découverte fortuitement. En effet, une corrélation entre cette maladie et des rachialgies chroniques n'a jamais pu être clairement démontrée. L'examen clinique et para-clinique ne permettent pas d'expliquer la globalité des symptômes douloureux de l'assurée, ni leur intensité. Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assurée est de 75 % d'une pleine activité de nettoyeuse. Dans une activité légère, excluant les ports de charges au-delà de 15 kg et les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, sa capacité de travail est entière. Le pronostic est réservé, compte tenu de l'intensité de la symptomatologie douloureuse. L'expert a relevé que du point de vue psychique, l'anamnèse et l'examen clinique étaient évocateurs d'une comorbidité psychologique pour laquelle il laissait le soin à l'OCAI d'apprécier s'il était nécessaire de présenter l'assurée à un spécialiste.

8. A la demande de l'OCAI, le Dr F_____, spécialiste FMH en psychiatrie – psychothérapie, a expertisé l'assurée. Dans son rapport du 3 septembre 2004, l'expert relève que l'assurée se plaint de douleurs de dos liées à ses hernies discales, de gastrite associée à des nausées et des maux de ventre diffus et de dépression. Elle dit être incapable d'effectuer la plupart des activités ordinaires dans un ménage; l'ensemble de ces activités est assuré par ses belles-filles et ses fils. Son sommeil est très perturbé, elle effectue des va-et-vient entre l'intérieur et l'extérieur, accompagnée de son mari, son appétit est décrit comme mauvais. Il n'y a pas eu de suivi psychiatrique, car en réalité elle n'a vu le Dr B_____ que trois à quatre fois et n'a plus voulu y retourner; elle n'y voyait plus d'utilité, car il n'a pas pu l'aider. Elle estime que sa capacité de travail est de 0 % dans toute activité. Lors des constatations cliniques, l'expert mentionne qu'un premier entretien s'est déroulé sans interprète, l'assurée lui ayant téléphoné pour dire qu'elle se débrouillait très bien elle-même. En réalité, l'assurée a montré une capacité de compréhension et d'expression dans la moyenne inférieure pour le français et en raison des

renseignements très superficiels obtenus, un deuxième entretien a eu lieu en présence d'un interprète. Cependant, l'interprète doit souvent intervenir, corriger, reprendre et demander à l'assurée de revenir sur la question, de donner des précisions; l'entretien a pris une allure compliquée et à la limite du pénible. L'expert s'est dit frappé d'entrée par une coquetterie de présentation, elle vient au cabinet et en repart d'un pas énergique, tonique, sans aucun signe de handicap. La capacité d'attention, l'éveil et la concentration sont maintenus pendant les deux heures d'entretien. Elle ne présente aucune particularité susceptible d'étayer une quelconque psychopathologie, il n'y pas de problématique psychotique, ni de trouble de la personnalité, elle n'est pas dépressive. Selon l'expert, si un état dépressif avait existé auparavant, il faut déduire qu'il est compensé d'une manière très positive et il se trouvait plutôt devant une personne qui s'est fixée dans un rôle de malade, avec forte exagération et incohérences multiples. En conclusion, il a posé le diagnostic de majoration de symptômes pour des raisons psychologiques et sociales, n'engendrant aucune limitation sur la capacité de travail.

9. Par décision du 11 janvier 2005, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'intéressée, au motif que sa fibromyalgie n'est pas invalidante au sens de la loi.

10. Le 3 février 2005, FORUM SANTE a formé opposition au nom et pour le compte de l'assurée. Il a joint un rapport du Dr C_____ du 24 janvier 21005, mentionnant un état dépressif chronique. Dans ses conclusions complémentaires du 10 mars 2005, l'intéressée a conclu à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

11. Par courrier du 13 avril 2005, l'intéressée a remis à l'OCAI un rapport établi le 25 mars 2005 par le Dr C_____, dans lequel il se réfère au rapport du Dr G_____ du 3 décembre 2003 décrivant une mobilité limitée.

12. Par décision du 1er juin 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition, se référant à l'expertise du Dr H_____.

13. L'assurée, représentée par Me I_____, a interjeté recours en date du 4 juillet 2005. Relevant les divergences entre les experts et les autres médecins qu'elle a consultés, elle conclut à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente d'au moins 50 %, conditionnée à la mise en œuvre de mesures de réadaptation professionnelle ou de reclassement. Elle a sollicité un délai pour compléter son recours, mais n'a pas déposé d'autres conclusions dans le délai qui lui a été imparti.

14. Dans sa réponse du 17 février 2006, l'OCAI propose le rejet du recours, se référant aux rapports et conclusions des experts.

15. Invitée à répliquer d'ici au 15 mars 2006, la recourante ne s'est pas manifestée.

16. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (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 des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Aussi le droit à une rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

   La décision sur opposition a été notifiée à la recourante le 2 juin 2005, de sorte que le dernier jour du délai, qui échéait le samedi 2 juillet 2005, a été reporté au lundi 4 juillet 2005 (cf. art. 38 al. 3 LPGA). En conséquence, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité 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'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, en sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Depuis le 1er janvier 2004, date de l'entrée en vigueur de la 4ème révision AI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'est est invalide à 70% au moins.

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

5. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p.

142). Lors 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 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

En ce qui concerne 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).

6. a) En l'espèce, selon le dossier médical, la recourante présente depuis de longues années des douleurs épigastriques. En raison de douleurs lombaires exacerbées depuis novembre 2001, un scanner lombaire a été pratiqué le 21 novembre 2001 ; il a mis en évidence une hernie discale centrale et para-centrale L4-L5. Le Dr Patrick REGAMEY, spécialiste FMH en médecine interne, dans son rapport du 2 juillet 2002 au médecin conseil de l'assurance maladie collective, relève que la patiente présente plusieurs problèmes, dont un état dépressif traité par des anti-dépresseurs, associé à une fibromyalgie.

Le Dr A_____, médecin traitant, a également évoqué une suspicion de fibromyalgie, et indiqué comme diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail, une hernie discale L4-L5, un colon spastique et un état dépressif. Selon son appréciation, les atteintes à la santé de sa patiente la rendaient incapable de travailler à 100 % depuis le 5 novembre 2001.

Le Dr J_____, spécialiste FMH en rhumatologique et médecine interne, a expertisé la recourante à la demande de l'intimé. A l'examen clinique, il mentionne que sur le plan ostéo-articulaire, chaque mobilisation, palpation, voire effleurement provoque des retraits et des gémissements de la part de l'assurée. Du point de vue neurologique, il n'y a pas de trouble sensitivo-moteur, à l'exclusion d'une hypoesthésie prenant l'hémiface et le membre inférieur gauche sans respect radiculaire. L'expert a noté la présence de divers signes de non-organicité de la douleur selon Waddell et 18 points de fibromyalgie douloureux. L'examen clinique s'est révélé toutefois relativement rassurant, sans limitations fonctionnelles objectivables ni signes inflammatoires. Le bilan neurologique a permis d'exclure un trouble neurologique. Les radiographies on mis en évidence une diminution de l'espace inter-somatique en L5-S1, ainsi que des séquelles de maladie de

Scheuermann, découverte fortuitement. Toutefois, aucune corrélation entre cette entité et des rachialgies chroniques n'a jamais pu être clairement démontrée. La clinique et les examens paracliniques ne permettent pas d'expliquer la globalité des symptômes douloureux de l'assurée, leur intensité, leur localisation et leurs influences sur son fonctionnement. Il a posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant, troubles dégénératifs discrets du rachis,hernie discale D8-D9 et discopathie L4-L5, séquelle de maladie de Scheuermann, hypothyroïdie substituée, hypercholestérolémie et obésité. Du point de vue rhumatologique, l'expert a conclu que la capacité de travail de la recourante est de 75 % d'une pleine activité de nettoyeuse et que dans une activité adaptée, excluant les ports de charges au-delà de 15 kg et les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, sa capacité de travail est entière. S'agissant de la comorbidité psychologique, le Dr J_____ s'en rapportait à l'appréciation de l'OCAI quant à la nécessité de faire exxaminer la recourante par un spécialiste en psychiatrie.

b) Au vu des diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant, voire de fibromyalgie, et d'état dépressif, c'est à juste titre que l'OCAI a ordonné une expertise psychiatrique.

En effet, les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, 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 (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

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

Enfin, dans un arrêt récent (ATFA non publié du 8 février 2006, I 336/04, prévu pour la publication dans le Recueil officiel), 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 pathogenèse 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 50).

Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants précités - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in : Praxis 94/2005, p. 2007 ss.).

7. Lors de son examen, le Dr H_____, psychiatre, n'a pas mis en évidence de comorbidité psychiatrique. Après une anamnèse détaillée, il a procédé à l'examen clinique de la recourante. Dans l'appréciation du cas au regard des critères de Mosimann, il n'a pas constaté de perte d'intégration sociale, ni de structure de personnalité à traits prémorbides, ni d'affection corporelle chronique, sans rémission durable. Il a en revanche relevé une très forte divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, une divergence entre l'anamnèse personnelle et les observations du dossier. Du point de vue psychiatrique, il a posé le diagnostic de majoration des symptômes pour des raisons psychologiques et sociales classé F68.0 dans la CIM-10 et a conclu que la recourante ne présentait aucune comorbidité psychiatrique qui la limiterait dans sa capacité de travail.

8. La recourante conteste les conclusions des expertises, alléguant que son médecin traitant, le Dr C_____, s'est adressé à réitérées reprises à l'AI pour contester le bien-fondé desdites expertises. Il avait d'ailleurs préconisé une prise en charge aux "étalissement hospitalier" dans le groupe "fibromyalgie" dans l'espoir d'améliorer sa problématique de santé. Elle fait valoir que les contradictions entre les experts et les autres médecins consultés ont été relevées par Forum Santé dans le cadre de son opposition.

   Il convient de rappeler à cet égard que selon la jurisprudence, le médecin traitant a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise, en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du

médecin traitant (VSI 2001 p. 109 consid. 3b/bb). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67).

En l'occurrence, le Tribunal de céans constate que les expertises effectuées par les Drs J_____ et H_____ remplissent tous les critères exigés par la jurisprudence pour se voir conférer pleine valeur probante. Elles se fondent sur l'entier du dossier médical de la recourante, comportent une anamnèse détaillée et prennent en compte les plaintes de la patiente: les experts ont procédé à l'examen clinique de la recourante. Enfin, dans leur appréciation du cas, ils ont exposé de façon circonstanciée pourquoi ils retenaient les diagnostics posés et quels en étaient les conséquences sur la capacité de travail. L'expert psychiatre a examiné avec soin si la recourante remplissait les critères de Mosimann et commenté de façon détaillée ses observations et conclusions.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal ne saurait s'écarter des conclusions claires et convaincantes des experts et retiendra que la recourante présente une capacité de travail totale du point de vue psychiatrique dans toute activité et que du point de vue rhumatologique, sa capacité de travail est entière dans une activité adaptée; en conséquence, elle ne peut prétendre des prestations de l'assurance-invalidité.

Mal fondé, 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).

Le greffier	La présidente
Walid BEN AMER	Juliana BALDE

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