RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/284/2005 **ATAS/847/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 3 octobre 2005

En la cause

Madame T_____, représentée par Maître Nathalie LANDRY en l'Etude de laquelle elle élit domicile. — recourante

contre

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

Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente, Mesdames Juliana BALDE et Isabelle DUBOIS , Juges

EN FAIT

1. Madame T_____, ressortissante de la République fédérale de Yougoslavie, est née en 1974 à Pristina au Kosovo, où elle a obtenu son baccalauréat en 1993, avant de débuter des études universitaires en informatique et en électronique qu'elle a abandonnées lors de l'arrivée des Serbes au Kosovo.

2. En 1995, elle a quitté le Kosovo pour la Suisse, où elle a épousé un compatriote qui vivait déjà dans ce pays depuis six à sept ans. Dès son arrivée en Suisse, elle a travaillé la journée dans l'hôtellerie en tant que femme de chambre et le soir comme nettoyeuse.

3. Elle a eu un fils, le 27 mars 1998, et une fille, le 30 juin 2000.

4. Après la naissance de son fils, elle s'est plainte de douleurs au rachis dorsal qui se sont étendues progressivement aux niveaux cervical et lombaire.

5. Dans son rapport du 11 octobre 2001, le Dr A_____, médecin-traitant, a précisé que, depuis 1995, la patiente souffrait d'une maladie migraineuse et, depuis 1998, de cervico-dorso-lombalgies chroniques communes, d'une suspicion de fibromyalgie et d'un état dépressif réactionnel. Il a ajouté que, depuis 1999, elle se plaignait d'insomnies, d'une péjoration de l'état général avec apparition d'un état anxieux et d'une incapacité à travailler le matin en raison de très fortes douleurs lombaires.

6. L'incapacité de travail a été de 100% du 5 au 17 mai 1999, du 8 juillet au 16 juillet 1999, du 7 au 25 octobre 1999 et de 50% du 26 octobre au 14 novembre 1999, du 7 décembre au 31 décembre 1999, enfin de 100% du 17 janvier au 6 février 2000 et de 50% du 7 février au 9 mars 2000.

7. Après la naissance de sa fille, l'assurée a souffert à nouveau de dorso-lombalgies et de perturbations du sommeil qui ont entraîné un épuisement, une nervosité excessive et des angoisses (cf. rapport d'expertise du 3 juin 2004). Elle a bénéficié d'un arrêt de travail à 100% du 8 août 2000 au 21 janvier 2001.

8. Le 9 novembre 2000, sur demande de la SWICA, assurance contre la perte de gain en cas de maladie, le Dr B_____a examiné la recourante. Lors de cet examen, la patiente a émis des plaintes concernant toute la colonne vertébrale, de la région cervicale à la région lombaire. Les radiographies des colonnes dorsale et lombaire effectuées le même jour ont montré une scoliose dorso-lombaire, une bascule du bassin, une ébauche d'ostéophytes antérieurs étagés dans le tiers moyen du rachis dorsal et une sacralisation totale de L5. Dans son rapport du 14 novembre 2000, le Dr B_____a diagnostiqué des dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques ainsi que dégénératifs de la colonne vertébrale et a préconisé un traitement de

fond sous forme d'une rééducation posturale selon Mézière ainsi qu'une école du dos. Il a estimé que l'incapacité de travail était justifiée jusqu'à la fin 2000.

9. Dès le début 2001, le Dr A_____ a fait état d'une aggravation sous forme d'une augmentation de fréquence des crises de fibromyalgie et d'un état dépressif plus prononcé depuis le deuxième accouchement nécessitant une prise en charge psychique. Il a attesté une capacité de travail résiduelle nulle dans l'activité exercée jusqu'ici et de 50% dans une activité adaptée. L'incapacité de travail a persisté à 50% du 22 janvier au 4 mars 2001, enfin à 100% dès le 24 mai 2001.

10. Le 5 septembre 2001, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité.

11. En raison de ses fréquentes incapacités de travail, elle a été licenciée par son employeur avec effet au 30 septembre 2001 et a bénéficié des prestations de l'assurance chômage jusqu'en novembre 2003.

12. Dans son rapport du 11 octobre 2001, le Dr A_____ a indiqué qu'il avait instauré des traitements de physiothérapie, antidépresseur et anti-inflammatoire qui n'ont pas eu d'effet.

13. L'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OCAI) a mis en œuvre deux expertises, l'une psychiatrique qu'il a confiée, le 8 mai 2003, au Dr C_____, et l'autre somatique qu'il a attribuée au Dr B_____, le 2 juin 2003.

14. Dans son rapport d'expertise du 31 août 2003, le Dr C_____ a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), un trouble dépressif récurrent (F33.00) et une accentuation de certains traits de la personnalité anankastique (Z73.1). Il a conclu à une capacité de travail résiduelle nulle en raison des troubles somatoforme, dépressif et de la personnalité. Il a également précisé que l'état dépressif n'empêchait pas une reprise professionnelle, mais qu'en revanche la rigidité de l'expertisée entraînait des résistances qui devaient être travaillées par une psychothérapie accompagnée d'un traitement antidépresseur. Il a estimé que l'on pouvait s'attendre à une modification rapide de la capacité de travail sous traitement.

15. Par lettre du 10 septembre 2003 au Dr C_____, le Dr D_____ du SMR Léman a relevé que, selon l'expertise, seules les difficultés de sommeil accompagnées d'une asthénie matinale constituaient une pathologie psychiatrique susceptible de conduire à une diminution de rendement. Il a émis des doutes quant au fait qu'une dépression légère puisse entraîner une incapacité de travail de 100%. Il a également précisé que sans autres justifications il ne pouvait en aucun cas suivre ses conclusions.

16. Dans sa réponse du 31 octobre 2003, le Dr C_____ a précisé que l'incapacité de travail dépendait également de la qualité des symptômes pris individuellement, des co-morbidités éventuelles, en l'occurrence la suspicion d'un trouble obsessionnel de la personnalité. Il a également indiqué que c'est seulement après avoir atténué l'impact du trouble dépressif et du probable trouble de la personnalité que l'examen du trouble somatoforme pourra être abordé.

17. Dans son rapport d'expertise du 18 septembre 2003, le Dr B_____a constaté l'absence de points douloureux permettant de suspecter une fibromyalgie et n'a mis en évidence aucune limitation fonctionnelle. Il a diagnostiqué un probable syndrome somatoforme douloureux chronique, sans comorbidité psychiatrique évidente, chez une femme se sentant dévalorisée par l'activité professionnelle exercée. Il a conclu à une capacité de travail résiduelle d'environ 50% dans la profession de femme de chambre et de 100% dans une profession adaptée, sans station debout prolongée, ni efforts répétés avec port de charges et s'exerçant principalement en position assise.

18. Estimant que l'expertise du Dr C_____ n'examinait pas si la recourante présentait une maladie psychiatrique invalidante, un trouble morbide de la personnalité et les critères de Mosimann, l'OCAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, le 5 avril 2004, auprès du COMAI de Genolier.

19. Dans leur rapport d'expertise du 3 juin 2004, les Dresses E_____, rhumatologue, et F_____, psychiatre, n'ont diagnostiqué aucune affection ayant une incidence sur la capacité de travail. En revanche, elles ont admis l'existence de dorso-lombalgies avec discrète scoliose et une tendance aux somatisations anxieuses n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail.

20. Dans son rapport médical du 24 septembre 2004, la Dresse G_____ du SMR Léman a constaté, sur la base de l'expertise pluridisciplinaire, qu'il n'existait aucune atteinte objective à la santé tant somatique que psychiatrique, ni perturbation psychosociale. En conséquence, elle a estimé que le diagnostic clinique de trouble somatoforme douloureux ne devait pas être retenu et a conclu à l'existence, dès août 2000, d'une capacité de travail entière, exigible dans toutes les activités.

21. Par décision du 7 octobre 2004, l'OCAI a rejeté la demande de rente d'invalidité.

22. Le 27 octobre 2004, l'assurée a formé opposition. Le 1er novembre 2004, l'OCAI lui a imparti un délai de quinze jours pour compléter son opposition. Dans son rapport médical du 4 novembre 2004, le Dr A_____ a précisé que, depuis novembre 2003, l'état de la patiente s'était aggravé au point qu'elle ne pouvait plus habiller ses enfants et préparer les repas. Il a confirmé l'existence des dix-huit points positifs de la fibromyalgie et d'un état dépressif qui rendaient la patiente fonctionnellement impotente.

23. Par décision sur opposition du 14 décembre 2004, l'OCAI a estimé que les précisions apportées par le Dr A_____ étaient déjà connues et avaient déjà été prises en considération. En conséquence, il a rejeté l'opposition et a confirmé sa position.

24. L'assurée a interjeté recours par acte du 28 janvier 2005 en concluant, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale, sous suite de frais et dépens. A l'appui de ses conclusions, elle conteste la prise en considération exclusive de l'expertise pluridisciplinaire pour statuer sur son droit à la rente, sans tenir compte des expertises des Drs B_____et C_____.

25. Dans sa réponse du 7 mars 2005, l'intimé a confirmé sa position en expliquant que, vu les divergences entre les Drs B_____, C_____ et D_____ quant à l'appréciation de la capacité résiduelle de travail et des affections invalidantes, il avait dû se résoudre à mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

26. Dans sa réplique du 14 avril 2005, la recourante sollicite l'audition du Dr C_____. Dans sa duplique du 3 mai 2005, l'intimé précise les motifs pour lesquels il n'a pas pu se rallier aux conclusions du Dr C_____.

27. Le Tribunal de céans a ordonné la comparution personnelle des parties qui s'est tenue le 23 mai 2005. La recourante a expliqué que son état de santé était stationnaire depuis l'expertise du COMAI et qu'elle avait repris une activité de repasseuse à 100% à l'hôtel Président Wilson depuis le 3 mai 2005, mais que ses douleurs étaient exacerbées par le travail, ce qui l'avait contraint à consulter à nouveau le Dr A_____. Elle a précisé qu'elle avait décidé de contacter le Dr C_____ pour se soumettre à un traitement psychique et qu'un scanner cervical effectué le 22 avril 2005 avait montré un problème rhumatismal.

28. Le 9 juin 2005, la recourante a informé le Tribunal de céans de la résiliation des rapports de travail par l'hôtel Président Wilson avec effet au 27 mai 2005. De plus, elle a produit un rapport radiologique suite à un examen du 22 avril 2005 montrant des lésions dégénératives sous forme d'une discarthrose modérée de C5-C6 et C7-D1 avec uncarthrose bilatérale modérée plus importante à la hauteur C5-C6 pouvant être à l'origine d'un conflit ostéophyto-radiculaire gauche irritatif. Cet examen a également mis en évidence un trouble statique sous forme d'une hyperlordose accentuée malgré la position couchée.

29. Le Tribunal de céans a ordonné une nouvelle comparution personnelle des parties et l'audition du Dr C_____ qui ont eu lieu le 27 juin 2005. Le Dr C_____ a précisé qu'il avait constaté chez la patiente des traits de la personnalité anankastique, à savoir compulsive et obsessionnelle. Il a expliqué qu'il fallait distinguer le trait de la personnalité anankastique (présence de moins de trois critères sur six) du trouble (présence de plus de trois critères sur six). Il a indiqué qu'il soupçonnait

chez la patiente la présence d'une dépendance affective due aux aléas de l'enfance en tant que cinquième enfant (d'une famille de douze) qui s'était beaucoup occupée de ses frères et sœurs et s'était aliénée à elle-même sans pouvoir discerner ses propres besoins. Dès 1998, à la suite d'une distance dans la relation de couple, elle s'était occupée de toutes les tâches familiales jusqu'à en hypothéquer ses heures de sommeil. Le manque de sommeil avait induit du surmenage. Il a précisé que le diagnostic de trouble somatoforme n'était pas définitif et qu'après un traitement de psychothérapie et par antidépresseurs d'un à deux ans, une nouvelle appréciation serait utile. Il a estimé qu'en 2003 il y avait eu une pathologie aiguë. Il avait relevé un état dépressif léger. Il a expliqué qu'en cas de trouble dépressif cumulé avec un trouble de la personnalité, lorsque le trouble dépressif s'amende, le trouble de la personnalité peut ne plus être retrouvé. Il a considéré qu'en 2003, la patiente avait épuisé toutes ses ressources psychiques pour surmonter ses douleurs et recommencer à travailler, Il a ajouté que le trouble dépressif a pu s'amender en une année (de 2003 à 2004) sans traitement et que la patiente a de grandes ressources qui devraient lui permettre un jour de retravailler.

30. Le 30 juin 2005, le Tribunal de céans a procédé à une instruction complémentaire. Il a demandé à la recourante de préciser si elle avait commencé un traitement chez le Dr C_____. En outre, il a demandé des détails au Dr A_____ sur les traitements suivis par la recourante.

31. Le 6 juillet 2005, le Dr A_____ a répondu que la patiente avait suivi un traitement antidépresseur de Seropram depuis mai 2001, une thérapie Mézière en 2000 et 2001 ainsi que de la physiothérapie en piscine durant les années 2002 et 2003.

32. Le 23 août 2005, la recourante a indiqué qu'elle avait débuté en date du 10 août 2005 une psychothérapie auprès du Dr C_____.

33. Le Tribunal a communiqué ces documents aux parties le 25 août 2005.

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. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales 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 (LPGA) 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, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, le recours concerne le droit à des prestations dès 2001, à savoir à une date antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, le présent cas reste régi par la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, étant précisé que 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).

   Pour les mêmes raisons, 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). Dans la mesure où elles ont été modifiées par la novelle, les dispositions ci-après sont donc citées dans leur version antérieure au 1er janvier 2004.

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

5. Le litige porte sur le droit à une rente d'invalidité dès 2001.

6. Selon l'art. 4 al. 1 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. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins.

   Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile

pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

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 des 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 et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; ATFA du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2).

7. 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a).

   Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit 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 consid. 3b/bb). Au demeurant, l'indépendance et l'impartialité des experts des COMAI, exigées par les art. 4 aCst. et 6 par. 1 CEDH, est réputée garantie (cf. ATF 123 V 175 et JAAC 1998 n° 95 p. 917 ; ATFA du 21 avril 2004, I 621/03, consid. 4)

8. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (ATF 131 V 49 consid. 1.2). 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).

9. Selon la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), 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 caractéristi-

ques 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).

10. 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, 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 socio-culturels) 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 au consid. 10 ci-dessus (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.5).

11. En l'espèce, les divers documents radiologiques révèlent des troubles statiques et dégénératifs modérés. Il y a lieu de relever que le rapport radiologique consécutif à l'examen du 22 avril 2005 confirme les précédentes radiographies en tant qu'il conclut à des lésions dégénératives sous forme d'une discarthrose cervicale modérée avec uncarthrose modérée et à un trouble statique sous forme d'une hyperlordose.

    a) Les Drs A_____ et B_____concluent à l'existence d'une affection physique ayant comme conséquence, pour le premier, une incapacité totale de travail et, pour le second, une capacité totale dans une activité adaptée. Quant à la Dresse E_____, elle retient l'existence de dorso-lombalgies sans influence sur la capacité de travail. Les conclusions des divers médecins sont donc contradictoires.

    b) Dans leur rapport d'expertise du 3 juin 2004, les Dresses E_____, rhumatologue, et F_____, psychiatre, ont admis l'existence de dorso-lombalgies avec discrète scoliose n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. Dans

leur rapport les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, basée sur des examens complets et pluridisciplinaires. Pour le surplus, le rapport prend en considération les plaintes de la recourante ; il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse; la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions des experts sont dûment motivées (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). En conséquence, il a pleine force probante.

c) Le Dr A_____ justifie une incapacité de travail de 100% par l'existence d'une fibromyalgie, soit, selon la CIM-10 (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision, de l'Organisation Mondiale de la Santé), une maladie rhumatismale (M79.0). L'appréciation du Dr A_____ est contredite par l'appréciation de l'expert E_____, rhumatologue, qui a constaté la présence de 4 points de fibromyalgie sur 18 et seulement au niveau cervical, soit des constatations ne permettant pas de retenir le diagnostic de fibromyalgie. Quoi qu'il en soit, même si un tel diagnostic devait être retenu, il n'a pas, comme il sera démontré ci-après, de caractère invalidant. De plus, quant à la valeur probante du rapport établi par le médecin traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, celui-ci est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références ; VSI 2/2001 109 consid. 3b/cc). En conséquence, l'appréciation du Dr A_____ n'est pas concluante.

d) Contrairement à ce que soutient la recourante, le rapport d'expertise du Dr B_____daté du 18 septembre 2003 ne permet pas de retenir l'existence d'une incapacité de travail en rapport avec les troubles physiques. En effet, dans ses conclusions, l'expert retient une capacité de travail résiduelle dans la profession de femme de chambre probablement autour de 50% tout en précisant que son évaluation ne se base par sur une limitation fonctionnelle ou sur des lésions objectivables significatives, mais sur les seules plaintes de l'assurée. Or, selon la jurisprudence (cf. consid. 8), compte tenu des difficultés en matière de preuve, les simples plaintes subjectives ne suffisent pas pour admettre une invalidité. De plus, en page 5 de son rapport, l'expert indique clairement que, « sur la base des constatations cliniques et radiologiques, il n'y a pas lieu d'envisager une incapacité de travail dans la profession de femme de chambre dans l'hôtellerie ». Il considère seulement comme souhaitable d'envisager un changement de poste de travail en raison des positions peu fonctionnelles pour une personne souffrant de lombalgies depuis plusieurs années. Enfin, il n'explique pas pourquoi, il revient sur les conclusions de son rapport du 14 novembre 2000, dans lesquelles il estimait que l'incapacité de travail était justifiée jusqu'à la fin 2000 et que la patiente devait pouvoir reprendre son travail au début de l'année 2001. En définitive, en tenant compte des seules constatations cliniques et radiologiques, son appréciation de la capacité de travail n'est pas contradictoire avec celle du COMAI.

e) En conséquence, sur la base de ces deux rapports d'expertise, il faut admettre que l'affection physique n'entraîne aucune incapacité de travail.

12. Quant aux troubles psychiques, deux psychiatres ont pris position sur les troubles présentés par la recourante.

a) Dans le rapport d'expertise du COMAI daté du 3 juin 2004, la Dresse F_____ a posé le diagnostic de « tendance aux somatisations anxieuses » en précisant que ce diagnostic n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. Elle a constaté une humeur assez labile et une tonalité plus anxieuse que dépressive, la présence manifeste de beaucoup de tensions, des émotions à fleur de peau et exprimées de manière très spontanée, directe et authentique. Elle a précisé que les signes de tension chronique expliquent probablement les maux de tête et les maux de dos dont l'assurée se plaint de façon très démonstrative. Elle n'a relevé aucun signe de psychose, ni élément de revendication ou de signe de paranoïa, ni d'interprétation excessive. Elle a précisé que l'assurée donnait une impression d'authenticité et d'honnêteté, mais qu'elle présentait en même temps un côté extrêmement démonstratif et hystérique en manifestant ses plaintes de façon très envahissante et excessive. Elle a conclu à une capacité entière de travail dans l'activité de femme de ménage et à l'absence de troubles psychiques pouvant limiter les capacités d'adaptation de la patiente, en précisant que celle-ci est avide de contacts et sociable. Enfin, les experts ont également relevé que les différentes plaintes sont relativement vagues et floues. L'expertise de la Dresse F_____ se base sur une anamnèse familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique, un examen de la recourante et un entretien avec cette dernière ainsi que sur les plaintes qu'elle a exprimées. Son appréciation est faite en connaissance de cause des conclusions du Dr C_____ et il n'existe pas d'élément permettant de douter de sa pertinence (cf. consid. 13b). En conséquence, elle remplit les conditions posées par la jurisprudence pour lui reconnaître une valeur probante.

b) Dans son rapport d'expertise du 31 août 2003, le Dr C_____, psychiatre et psychothérapeute, a posé un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Il a précisé que les algies essentiellement nocturnes sont avancées pour expliquer un handicap à l'exercice de sa profession et pour solliciter une rente, mais qu'elles cachent en réalité des soucis quotidiens et des conflits psychiques existentiels (choix de vies). Il a également indiqué que l'aggravation des algies en 2000 était concomitante d'un contexte de conflit de couple. De plus, il a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent (F.33.00), en précisant que l'épisode actuel est léger. Enfin, il a posé le diagnostic d'accentuation de certains traits de la personnalité anankastique (Z73.1), en ajoutant qu'il suspectait un trouble complet de la personnalité anankastique. Il a conclu à une capacité de travail nulle du fait somatoforme, du fait dépressif et probablement du fait de l'atteinte à la personnalité. Il a relevé que le surmenage entraîne un épuisement qui fixe la capacité de travail de l'assurée à 0% et que la patiente n'est pas gênée dans son ménage. Lors de son au-

dition du 27 juin 2005 par le Tribunal de céans, le Dr C_____ a précisé que la personnalité anankastique est une personnalité compulsive et obsessionnelle. Il a expliqué qu'il fallait distinguer le trait de la personnalité anankastique (présence de moins de trois critères sur six) du trouble (présence de plus de trois critères sur six). Il a indiqué qu'il soupçonnait une dépendance affective due aux aléas de l'enfance chez une patiente qui s'était beaucoup occupée de ses frères et sœurs et s'était aliénée à elle-même sans pouvoir discerner ses propres besoins. Il a considéré qu'en 2003, la patiente avait épuisé toutes ses ressources psychiques pour surmonter ses douleurs et recommencer à travailler, mais qu'elle avait de grandes ressources qui devraient lui permettre un jour de retravailler. Il a expliqué que le trouble dépressif a pu s'amender en une année (de 2003 à 2004) sans traitement.

En vertu de la CIM-10, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) est posé en présence d'une douleur persistante (pendant au moins six mois en permanence et presque tous les jours), intense, et s'accompagnant d'un sentiment de détresse, n'importe où dans le corps, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, et qui constitue en permanence la préoccupation essentielle du patient. En revanche, ce diagnostic ne peut pas être posé notamment en présence d'un trouble de l'humeur [affectif] (F30-F39 ; cf. ATFA du 7 décembre 2004, I 326/04, consid. 4.3.2). Le rapport du COMAI n'a pas retenu ce diagnostic. Cependant, même si l'on reconnaît, comme les Drs A_____ et C_____, l'existence d'un trouble somatoforme douloureux, les critères jurisprudentiels pour admettre le caractère invalidant dudit trouble (cf. consid. 11) ne sont pas réalisés.

A cet égard, il n'apparaît pas que la recourante souffre d'une comorbidité psychiatrique importante. En effet, selon le Tribunal fédéral des assurances (ATFA du 2 mars 2005, I 690/04, consid. 6.1), le diagnostic d'épisode dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. 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 constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine; Meyer-Blaser, op. cit., p. 81, note 135). Par ailleurs, la recourante ne subit pas une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. En outre, la Dresse F_____ a constaté une attitude démonstrative et a fait état de plaintes multiples et mal systématisées, sans perturbation de l'environnement psychosocial. De plus, la recourante continue à s'acquitter quotidiennement de ses tâches ménagères. Elle bénéficie d'une médication anti-dépressive qu'elle suit irrégulièrement et d'une psychothérapie qui vient de débuter, ce qui démontre que toutes les possibilités thérapeutiques n'ont pas encore été épuisées. Elle fait également état d'une envie de travailler et d'une certaine ambition sociale. En conséquence, il n'est pas possi-

ble de conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé marquant une libération du processus de résolution du conflit, sans évolution possible au plan thérapeutique ou à l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art. L'absence de ces divers éléments permet de constater l'inexistence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance.

Enfin, le Dr C_____ a précisé que l'incapacité de travail était due à un état dépressif léger cumulé au trait obsessionnel tout en relevant que le trouble dépressif avait pu disparaître en une année et que, dans ce cas, le trouble de la personnalité pouvait ne pas être retrouvé. Il s'ensuit que les constatations des experts du COMAI, dont le rapport a été établi une année après celui du Dr C_____, ne sont pas contradictoires avec celui de ce médecin mais sont vraisemblablement dues à une évolution de l'affection de l'assurée.

13. La recourante demande subsidiairement à être soumise à une nouvelle expertise. Or, elle a déjà été soumise à trois expertises et le Tribunal de céans ne voit pas en quoi une nouvelle expertise aurait une incidence sur l'absence de caractère invalidant de l'atteinte à la santé. Un complément d'instruction en vue d'éclaircir la situation sur le plan médical n'est donc pas nécessaire. On rappellera en outre que les actes médicaux ne doivent pas être complétés au seul motif qu'un examen supplémentaire pourrait éventuellement aboutir à une appréciation différente, à moins qu'ils ne présentent des lacunes ou qu'ils ne soient contestés sur des points précis, ce qui n'est pas le cas en l'espèce (ATF 110 V 53 consid. 4a).

14. Au vu de ce qui précède, le recours s'avère mal fondé.

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 :
Philippe LE GRAND ROY

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