

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2903/2008

ATAS/650/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 22 mai 2009

En la cause

Madame S _____, domiciliée à Thônex, représentée par
FORUM SANTE

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Maria GOMEZ et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame S _____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1968, mère de trois enfants, est arrivée en Suisse en 1990. En dernier lieu, elle a travaillé comme femme de chambre à l'hôtel X _____, du 25 mai 1999 au 30 avril 2002, à raison de 42 heures par semaine, pour un salaire mensuel qui s'est élevé à 3'200 fr. en 2001. Il a été mis fin aux rapports de travail en raison de l'état de santé de l'assurée.
2. Le Dr A _____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a été chargé par l'assureur perte de gain d'examiner l'intéressée. Le Dr A _____ a retenu les diagnostics suivants : status post-opératoire du tunnel carpien gauche avec syndrome algique persistant, suspicion d'algodystrophie de la main gauche et état anxio-dépressif probable depuis le début de l'année 2000.

Le médecin a préconisé une reprise progressive du travail, d'abord à 50%. A long terme, il envisageait une capacité de travail de 100% dans une activité qui devrait être adaptée à l'algodystrophie si celle-ci devait se confirmer.

3. Dans un courrier adressé le 20 novembre 2002 au médecin-conseil de l'assurance perte de gain, la Dresse B _____, du département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a indiqué que la patiente avait été hospitalisée à compter du 11 octobre 2002 pour état dépressif et investigation d'une fatigue chronique. Elle a précisé que cet état dépressif avait probablement débuté suite à un accident survenu en juin 2000 et que les symptômes s'étaient aggravés progressivement. La Dresse B _____ a précisé qu'au cours de l'hospitalisation, un syndrome sec (syndrome de Sjögren) a été mis en évidence. Elle a expliqué qu'en de tels cas, la littérature décrit notamment la coexistence de troubles psychiatriques de type dépressif, de fatigue et de troubles du sommeil, ainsi que d'arthralgies. Le médecin a émis l'avis que la fatigue présentée par la patiente depuis de nombreuses années pouvait être mise en lien avec ce syndrome, sachant que c'est là l'une des plaintes les plus fréquentes dans ce type de cas. La Dresse B _____ a ajouté que l'existence de cette maladie et de ses conséquences somatiques justifiaient un arrêt de travail de longue durée.
4. Le 25 novembre 2002, l'assurée a déposé une demande de rente auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) en invoquant une fibromyalgie et un syndrome de Sjögren.
5. Le Dr C _____, médecin traitant, a indiqué dans un rapport du 10 décembre 2002 que sa patiente souffrait de troubles dépressifs récurrents, de fibromyalgie et de « syndrome sec ». Il a conclu à une incapacité totale de travail depuis le 1er octobre 2001.

6. La Dresse D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a quant à elle retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis 2002 et de fibromyalgie depuis 2001. Elle a conclu à une incapacité totale de travail depuis octobre 2001. Elle a décrit sa patiente comme déprimée, très irritable, très fatiguée, se plaignant d'anhédonie, de palpitations, de maux de tête, de pieds brûlants, de transpiration excessive et de douleurs diffuses. Elle-même a relevé un important ralentissement psychomoteur et des angoisses ainsi qu'une aboulie et émis un mauvais pronostic (cf. rapport du 18 mars 2003).
7. La Dresse D_____ a précisé qu'une consultation de rhumatologie avait confirmé la présence d'une fibromyalgie et que, suite à la constatation d'un syndrome occulo-buccal sec, suspectant un syndrome de Sjögren, les rhumatologues ont proposé un bilan comprenant également un test de Schirmer - lequel s'est avéré fortement pathologique - ainsi qu'une biopsie des glandes salivaires accessoires.
8. Le Dr E_____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne ainsi qu'en médecine physique et réhabilitation et médecine manuelle et médecine du sport, a adressé à l'OCAI un rapport en date du 8 avril 2005.

Il a fait état d'une aggravation depuis juin 2003, date à laquelle l'assurée a présenté un blocage lombaire et syndrome radiculaire irritatif L5 gauche. Le médecin a retenu les diagnostics suivants : troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire et lombosciatalgie gauche avec listhésis de degré II L5-S1, hernie discale médiane L5-S1 et discopathie L4-L5. Le Dr E_____ a également mentionné un état dépressif majeur persistant, un syndrome douloureux chronique, une fibromyalgie, des cervicalgies aiguës avec irradiation aux membres supérieurs gauches depuis l'accident de juin 2000, une cure du tunnel carpien gauche en novembre 2001 compliqué d'une algodystrophie du membre supérieur gauche, une épaule douloureuse à gauche avec conflit sous-acromial, un syndrome sec (syndrome de Sjögren), un trouble statique du rachis cervical avec scoliose, des lombosciatalgies gauches, un trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique et un excès pondéral.

Il a conclu à une incapacité totale de travail depuis le 1er octobre 2001 et a émis la crainte que la patiente présente une connective, c'est-à-dire une maladie inflammatoire des tissus de soutien de l'organisme, dont il a précisé qu'elle présentait des signes cliniques (sécheresse buccale, diminution de la lacrymation, syndrome douloureux et asthénie). Le médecin a précisé que la biopsie négative des glandes salivaires n'excluait pas cette maladie. Il a ajouté que la fatigue dont se plaignait la patiente était l'une des plaintes les plus fréquentes accompagnant ce syndrome et que la coexistence d'un état dépressif était connue.

Le médecin a conclu que la patiente n'était plus apte à exercer la moindre activité ni comme femme de ménage ni dans un autre domaine. Il a souligné qu'il n'y avait pas eu d'amélioration depuis que l'intéressée avait vu le Dr A_____.

Sur le plan somatique, le Dr E_____ a expliqué que l'assurée doit éviter les mouvements répétés de flexion, extension et rotation du tronc, les positions en porte-à-faux, le port répété de charges supérieures à 8 kilos, la position accroupie, la montée d'échelle et enfin, les mouvements de l'épaule gauche au-dessus de 90° d'élévation ou d'abduction.

Le médecin a encore précisé qu'il y avait une bonne concordance entre les plaintes lombaires et l'imagerie radiologique. Il a ajouté que le fait que la scintillographie osseuse pratiquée était négative n'excluait pas une algodystrophie.

Le médecin a conclu qu'un retour au travail ultérieur pourrait être envisagé sur le plan strictement somatique, à condition de tenir compte des limitations énoncées et que c'est l'état psychique qui déterminerait si une reprise du travail dans une activité adaptée serait finalement possible ou non (pièce 33 OCAI).

9. Dans un bref avis du 5 juillet 2005, le Dr F_____, du Service médical régional de l'AI (SMR), rappelant que « selon la jurisprudence, un état dépressif moyen fait partie des troubles somatoformes douloureux/fibromyalgie et ne saurait en être séparé », a proposé de ne tenir compte que des limitations fonctionnelles somatiques (pièce 35 OCAI).
10. Le dossier de l'assurée a dès lors été soumis à la division de réadaptation qui a procédé au calcul théorique de son degré d'invalidité en comparant le revenu qu'elle aurait réalisé sans atteinte à la santé, soit 42'545 fr., à celui qu'elle aurait pu espérer en 2002 en exerçant une activité adaptée, soit 40'620 fr. (ESS 2002 TA1 = 3'820.- pour 40 h./sem. = 3'982.- pour 41, 7 h./sem. = 47'788.- en 2001 = 40'620.- après réduction supplémentaire de 15%), aboutissant à un degré d'invalidité de 4,5% (pièce 36 OCAI).
11. En conséquence de quoi, a été notifiée à l'assurée en date du 6 octobre 2005, une décision de refus de prestations au motif qu'un degré d'invalidité de 4,5% n'ouvre droit ni à des mesures de réadaptation ni à des prestations en espèces.
12. L'assurée a formé opposition en date du 20 octobre 2005. Constatant que son psychiatre traitant ne s'était exprimé que de manière laconique et peu détaillée, l'assurée a relevé avoir fait l'objet d'une hospitalisation psychiatrique non volontaire aux HUG pour un abus de médicament et une lésion auto-infligée à la cuisse gauche. Elle s'est référée au diagnostic alors retenu, à savoir « épisode dépressif majeur sévère » et a produit à l'appui de ses dires un résumé de séjour établi le 17 août 2005.

13. Du 22 juillet au 11 août 2005, l'assurée a séjourné à la clinique de Montana. Du rapport de sortie établi le 18 août 2005, il ressort que les diagnostics suivants ont été retenus : à titre principal : trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen avec somatisations, et à titre de comorbidités : trouble somatoforme douloureux, discopathie lombaire L4-L5, hernie discale L5-S1 et obésité de stade I.
14. Dans un avis daté du 4 septembre 2006, le Dr F _____, du SMR, a relevé que les médecins de la clinique de Montana n'avaient pas formellement posé le diagnostic de fibromyalgie bien que 18 points sur 18 aient trouvés. Il a ajouté que le status psychiatrique ne correspondait pas aux critères d'un trouble dépressif moyen selon la CIM-10- Il en a tiré la conclusion que les diagnostics étaient « pour le moins approximatifs » et témoignaient d'une certaine confusion. Par ailleurs, il a relevé que le rapport d'hospitalisation à Belle-Idée ne contenait aucun status psychiatrique ou somatique et émis l'avis que le diagnostic d'épisode dépressif majeur sévère ne pouvait être retenu. De la seconde hospitalisation à Montana, le Dr F _____ a retenu que l'amélioration avait été spectaculaire puisque l'assurée - qui marchait avec des cannes à l'entrée - avait pu les abandonner quelques jours plus tard, et en a tiré la conclusion que cela démontrait le caractère démonstratif de douleurs disproportionnées avec les constatations objectives. Selon le Dr F _____, l'assurée présente tout au plus un trouble dépressif récurrent, épisode moyen. Il rappelle que, selon la jurisprudence, il s'agit d'une manifestation du trouble somatoforme douloureux persistant qu'il n'y a pas lieu de le considérer séparément.
15. Une expertise psychiatrique a été confiée par l'OCAI au Dr G _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu son rapport en date du 15 mai 2007 (pièce 64 OCAI), sur la base d'un entretien avec l'assurée, d'un entretien avec la Dresse D _____ et de l'étude du dossier.

Le Dr G _____ a décrit l'assurée comme ne souffrant d'aucun ralentissement psychique, plaintive, démonstrative, avec un fonctionnement intellectuel dans la norme, tonique et ne manifestant pas de fatigue d'anxiété. Il a conclu à l'absence de retrait social.

Le Dr G _____ a considéré que l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique présent depuis 2000 et le syndrome douloureux somatoforme persistant présent depuis 2001 étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée.

Le médecin a écarté le diagnostic d'état dépressif récurrent au profit de celui d'épisode dépressif unique ayant débuté en 2000 et s'étant poursuivi sans interruption depuis lors. Au nombre des éléments potentiellement incapacitants, il a retenu une diminution de l'énergie de la volonté, un ralentissement psychomoteur, des troubles de la concentration et de la mémoire. Le Dr G _____ a constaté que le diagnostic de syndrome de Sjögren évoqué en novembre 2002 n'avait plus

été mentionné dans les rapports médicaux ultérieurs et en particulier dans les résumés de séjour de la clinique de Montana.

Par ailleurs, le Dr G_____ a expliqué avoir conclu à un syndrome douloureux somatoforme persistant parce que l'assurée présente des douleurs persistantes intenses qui ne s'expliquent pas entièrement par une atteinte somatique, s'accompagnent d'un sentiment de détresse et constituent sa préoccupation essentielle en ce sens qu'elle a organisé son quotidien en fonction d'elles.

Le médecin a complété en concluant à l'absence de comorbidité psychiatrique invalidante en se référant à la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle l'épisode dépressif moyen est un facteur d'accompagnement. Il a conclu à l'absence de perte d'intégration sociale au motif que l'assurée discute avec ses enfants et conserve des contacts avec ses frères et sœurs ainsi qu'avec ses parents, avec qui elle communique par téléphone ou par internet. Quant à la présence d'un état psychique cristallisé, le médecin n'a pu se prononcer, expliquant que cela nécessitait une évaluation dépassant la cadre d'une expertise et impliquant une exploration psycho-dynamique en profondeur. Il a reconnu que les traitements conformes aux règles de l'art s'étaient montrés inefficaces. En définitive, il a conclu qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles sur le plan strictement psychiatrique.

16. Dans un certificat médical daté du 20 septembre 2007, la Dresse D_____ a indiqué suivre l'assurée depuis septembre 2002 pour un état dépressif qu'elle a qualifié de sévère et ne s'étant pas amélioré malgré les traitements médicamenteux. Elle a précisé qu'il subsistait une importante tristesse, accompagnée parfois d'idées suicidaires avec des passages à l'acte sous forme d'abus médicamenteux et de blessures auto-infligées par des ciseaux, un manque d'énergie, une fatigabilité et une fatigue massive, des idées de dévalorisation, une absence de plaisir, des troubles du sommeil, une irritabilité avec des répercussions dramatiques sur la situation socio-familiale. La Dresse D_____ a expliqué que sa patiente ne supportait plus le bruit, ne participait que rarement aux réunions de famille, ne sortait pratiquement plus et n'assumait plus les tâches ménagères. Elle en a tiré la conclusion que sa patiente était dans la totale incapacité de reprendre la moindre activité professionnelle (pièce 71 OCAI). Par ailleurs, la Dresse D_____, ayant pris connaissance du rapport du Dr G_____, a précisé que l'entretien téléphonique avec ce dernier n'avait duré que cinq minutes. Elle a fait remarquer que des manifestations physiques de fatigue tels que bâillements ou somnolence – sur l'absence desquelles se basait l'expert pour nier la fatigue - peuvent être absents lors de l'examen quand on sait que la patiente dort environ 16 heures par jour. Elle a ajouté qu'il n'était pas surprenant que la clinique de Montana n'ait pas évoqué le diagnostic de syndrome sec puisqu'elle-même ne l'avait pas mentionné dans sa demande d'hospitalisation et que le séjour avait pour objectif un encadrement psychologique et physiothérapeutique. S'agissant de la perte d'intégration sociale,

elle a fait remarquer qu'une mère de famille est obligée de communiquer un minimum avec ses enfants mais qu'en revanche, sa patiente ne pouvait plus assister aux promotions, par exemple, et ne voit sa fratrie que de manière exceptionnelle, à l'instigation de son mari qui essaie de la maintenir en relation avec l'extérieur. Le médecin a enfin indiqué que selon elle, l'état psychique était cristallisé.

17. Le Dr H_____, du SMR, a estimé que le diagnostic de syndrome sec ne pouvait être retenu, d'autant plus que le Dr E_____ avait admis qu'il n'avait pas été confirmé par la biopsie des glandes salivaires accessoires dont la littérature internationale reconnaît qu'il s'agit du seul examen permettant de poser un diagnostic avec certitude de sorte qu'il est suffisant pour écarter définitivement et que la sécheresse de la bouche n'en est pas non plus la preuve puisque c'est un effet secondaire fréquent des antidépresseurs. Le Dr H_____ en a tiré la conclusion qu'il était abusif de se prévaloir du syndrome de Sjögren pour expliquer fatigue, troubles dépressifs et arthralgies.
18. Par décision sur opposition du 16 juillet 2008, l'OCAI a confirmé son refus de prestations du 6 octobre 2005. Il a relevé que le diagnostic de trouble dépressif majeur persistant dont l'assurée avait fait état dans son opposition avait été posé par le Dr E_____, lequel était spécialisé en rhumatologie et non en psychiatrie. L'OCAI, se référant au rapport du Dr G_____, dont il a considéré qu'il remplissait les critères requis par la jurisprudence pour se voir accorder une pleine valeur probante, a constaté que si les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndromes somatiques et de syndrome somatoforme douloureux persistant avaient certes été posés, ils étaient, selon l'expert, sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, ce qui corroborait les conclusions des médecins du SMR.

L'OCAI a considéré qu'il n'y avait au dossier aucun élément pouvant permettre de se convaincre que l'on se trouvait en présence d'un trouble somatoforme douloureux invalidant puisque l'assurée ne présentait pas de comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter ses douleurs et de réintégrer le monde du travail ne serait pas exigible de sa part, qu'elle ne subissait par ailleurs aucune perte d'intégration sociale, que son état psychique n'était pas cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique et qu'il n'y avait pas non plus eu échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art. Dans ces conditions, l'OCAI a estimé que les troubles psychiques de l'assurée ne se manifestaient pas avec une sévérité telle qu'ils excluaient toute mise en valeur de sa capacité de travail.

19. Par écriture du 7 août 2008, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant à l'octroi d'une rente entière et, subsidiairement, à la mise sur pied d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire.

La recourante explique qu'elle pense souffrir du syndrome de Sjögren, maladie auto-immune chronique lentement progressive caractérisée par une infiltration lymphocytaire des glandes exocrines, touchant particulièrement les glandes salivaires et lacrymales. Elle expose que selon la littérature médicale, il n'existe pas de critères diagnostics ou de classification uniformément acceptés, les critères européens étant par exemple moins restrictifs que les critères américains, et que la biopsie négative qui a été effectuée sur elle ne permet pas d'exclure ce diagnostic. Elle relève en particulier que dans une thèse rédigée sur cette maladie, il est indiqué que le syndrome du canal carpien dont elle a été opérée le 26 novembre 2001 est fréquent dans ce type de cas. L'assurée fait valoir que le diagnostic du syndrome de Sjögren a été posé par des médecins spécialisés, ce qui n'est pas le cas des Drs F_____ et H_____, du SMR, de sorte que l'on ne saurait suivre l'argumentation de ces derniers lorsqu'ils affirment que la sécheresse buccale est un effet secondaire fréquent des antidépresseurs. A cet égard, la recourante fait remarquer que les médecins du département de psychiatrie des HUG n'auraient pas cherché à mettre en évidence ce syndrome si la symptomatologie présentée pouvait tout simplement s'expliquer par les effets secondaires de médicaments qu'ils prescrivent tous les jours.

En définitive, la recourante allègue qu'en ne retenant dans son cas qu'un trouble dépressif d'accompagnement du trouble somatoforme douloureux, l'OCAI a fait preuve d'arbitraire dans la mesure où il a nié la présence d'un syndrome objectivé antérieurement par des spécialistes. Dès lors que le diagnostic de syndrome a été documenté par des spécialistes, la recourante soutient que le Dr G_____ ne pouvait simplement l'écarter au seul motif que les rapports médicaux ultérieurs n'en ont plus fait état. Elle soutient que, selon toute vraisemblance, son état dépressif, tout comme ses troubles rhumatismaux, sont dus au syndrome et en constituent des comorbidités. Elle fait remarquer par ailleurs que, selon l'expert, l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique est présent depuis 2000, soit antérieurement à l'apparition du syndrome somatoforme douloureux persistant qu'il fait remonter à 2001, de sorte qu'il est erroné de tirer la conclusion que le trouble dépressif serait « une conséquence d'accompagnement » du trouble somatoforme douloureux. Au contraire il s'agit bien d'un trouble psychiatrique indépendant, primaire.

20. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 16 septembre 2008, a conclu au rejet du recours.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (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

fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse, du 16 juillet 2008, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la recourante peut prétendre des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement de savoir quel est le taux d'invalidité qu'elle présente.
5. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 et les références).

c) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c; Omlin, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; Morger, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in Revue Suisse des assurances sociales [RSAS] 32/1988 p. 332ss.).

d) Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité 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. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante

inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). 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.

e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

6. La recourante fait grief à l'administration d'avoir fondé son appréciation de sa capacité de travail sur le seul rapport du Dr G_____, psychiatre.

C'est à juste titre que la recourante relève que le diagnostic de syndrome de Sjögren doit être posé par des médecins qualifiés et spécialisés. Or, force est de constater que cette question ne relève pas de la spécialité des Drs G_____ ou F_____ (chirurgien) et que le simple fait que le syndrome n'ait pas été mentionné dans le rapport de la Clinique de Montana ne saurait suffire à l'écarter, d'autant que la Dresse D_____ a expliqué ne pas l'avoir mentionné, puisque le séjour de sa patiente avait uniquement pour but son encadrement psychologique et physiothérapeutique. Quant à l'argumentation selon laquelle la sécheresse buccale de l'assurée serait à mettre sur le compte des antidépresseurs, elle ne saurait sérieusement fonder une quelconque conclusion. Comme le fait remarquer la recourante, les médecins du département de psychiatrie des HUG n'auraient certainement pas cherché à mettre en évidence ce syndrome si la symptomatologie présentée pouvait tout simplement s'expliquer par les effets secondaires de médicaments qu'ils ont pour habitude de prescrire. Enfin, si le Dr E_____ a certes admis que la biopsie des glandes salivaires s'est révélée négative, il n'en a pas moins précisé que cela ne suffisait pas à exclure le diagnostic de syndrome sec, par ailleurs corroboré par de nombreux signes cliniques.

On relèvera encore que l'on ignore si, finalement, l'algodystrophie suspectée par le Dr A_____ et évoquée par le Dr E_____ a été confirmée.

Eu égard à ces éléments, le Tribunal de céans constate qu'il est dans l'impossibilité de dire si l'incapacité de travail de l'assurée est imputable à sa seule fibromyalgie ou également à d'autres atteintes et, cas échéant, dans quelle mesure ces dernières la limitent ou non. Le Tribunal de céans ne saurait par ailleurs trancher sans l'avis de spécialistes la question de savoir si l'examen de biopsie des glandes salivaires accessoires est déterminant ou pas pour diagnostiquer un « syndrome sec ».

Il est rappelé que l'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3 p. 263; T. LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Bern 1994, t. 1, p. 438). L'administration est ainsi tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure, et en particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a p. 283; RAMA 1985 p. 240 consid.4; LOCHER loc. cit.).

De son côté, le juge qui considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136). En matière d'assurance-invalidité, la première solution est en principe préférée (ATFA I 431/02 du 8 novembre 2002).

En l'espèce, il apparaît que des investigations médicales complémentaires sont nécessaires pour déterminer si les diagnostics de syndrome sec et d'algodystrophie peuvent être posés et, dans l'affirmative, de quelle manière ils influent sur la capacité de gain de la recourante. La cause n'étant, de l'avis du Tribunal de céans, pas suffisamment instruite pour permettre de se déterminer en connaissance de cause, il convient de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, étant rappelé qu'un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206).

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé afin que ce dernier, après avoir confié le soin à des spécialistes indépendants de pratiquer une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique mais également psychiatrique - afin que les différents spécialistes puissent ensuite, de manière concertée, apprécier de manière globale la capacité de travail de la recourante), statue à nouveau.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule les décisions des 6 octobre 2005 et 16 juillet 2008.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 1'500 fr. à titre de dépens.
6. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Florence SCHMUTZ

Karine STECK

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