

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3014/2009

ATAS/430/2010

ORDONNANCE D'EXPERTISE
DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6
du 29 avril 2010

En la cause

Madame **G** _____, domiciliée au Lignon, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître BROTO Diane

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente.

EN FAIT

1. Mme Dominique G_____ (ci-après : l'assurée), née en 1955, célibataire, de nationalité suisse est titulaire d'un CFC de vendeuse. Elle a travaillé depuis le 1^{er} juin 1996 comme employée de banque auprès de la Banque X_____ SA.
2. Le 29 avril 2002, le Dr L_____, FMH médecine interne maladies rhumatismales a indiqué à la Dresse M_____, FMH médecine générale, que l'assurée présentait vraisemblablement une fibromyalgie primaire.
3. Le 19 août 2002, le Dr N_____, FMH médecine interne maladies rhumatismales, a écrit à la Dresse M_____ qu'il avait examiné l'assurée le 15 août 2002 et que l'examen clinique confirmait le diagnostic de fibromyalgie.
4. Le 31 janvier 2003, la Dresse M_____ a rempli un rapport médical pour la Winterthur Assurances en mentionnant un début de traitement le 30 septembre 2002, un diagnostic d'épisode dépressif et de fibromyalgie depuis environ un an, des symptômes de trouble du sommeil, fortes angoisses, prise médicamenteuse avec alcoolisation. L'incapacité de travail était totale du 2 au 13 octobre 2002 et à 50 % depuis le 14 octobre 2002.
5. Le 11 juin 2003, le Dr O_____, chef de clinique au centre de thérapies brèves (CTB) Pâquis des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), a rempli un rapport médical pour la Winterthur Assurances en mentionnant un début de traitement le 3 octobre 2002 et un diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique F 32.11.
6. Le 9 juillet 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une fibromyalgie.
7. Le 25 juillet 2003, la Dresse M_____ a rempli un rapport médical AI dans lequel elle a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de douleurs ostéoarticulaires invalidantes multiples à localisation et intensité variables et état anxio-dépressif moyen, depuis 2001. L'incapacité de travail était de 50 % du 10 décembre 2001 au 10 février 2002, de 100 % du 2 au 13 octobre 2002, de 50 % du 14 octobre 2002 au 31 mars 2003, de 100 % du 1^{er} au 6 avril 2004 et de 50 % depuis le 7 avril 2003.

Le pronostic était peu favorable pour une amélioration à court et moyen terme. La capacité de travail était de quatre heures par jour au maximum et on ne pouvait exiger de l'assurée qu'elle exerce une autre activité.

8. Selon le questionnaire pour l'employeur rempli par la Banque X_____ SA le 18 août 2003, l'assurée travaillait depuis le 3 juin 1996 comme responsable service archivage pour un salaire annuel depuis le 1^{er} janvier 2003 de 86'700 fr.

9. Le 27 août 2003, le Dr O _____ a informé l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) qu'il n'était pas en mesure de remplir un rapport médical AI dès lors que l'assurée avait été suivie au CTB du 3 octobre au 22 novembre 2002 de manière très ponctuelle.
10. A la demande de l'OAI, la Dresse P _____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rendu une expertise le 7 avril 2005. Elle a posé les diagnostics de personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30), épisode dépressif moyen (F32.1) et trouble somatoforme douloureux (F45.0).

L'assurée avait été suivie au CTB à la suite d'une attaque de panique. Elle se plaignait de douleurs multiples, d'une baisse de l'acuité visuelle, de difficultés de concentration, à supporter le stress et la pression, de troubles du sommeil. Dans un travail répétitif bien connu sa capacité était de 60 % depuis octobre 2004, en raison de limitations, soit des troubles de concentration, de mémoire, d'irritabilité et d'intolérance au stress.

11. Selon un avis du SMR du 18 mai 2005, en présence d'une comorbidité significative telle que celle décrite dans l'expertise, le trouble somatoforme douloureux était invalidant de sorte que l'incapacité de travail était de 40 % depuis le 1^{er} octobre 2004. L'incapacité de travail antérieure était de 100 % du 2 au 13 octobre 2002, de 50 % du 14 octobre 2002 au 31 mars 2003, de 100 % du 1^{er} au 6 avril 2003 et de 50 % du 7 avril 2003 au 30 septembre 2004.
12. Par décision du 25 octobre 2005, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité basée sur un taux de 50 % du 2 octobre 2003 au 31 décembre 2004 puis un quart de rente dès le 1^{er} janvier 2005.
13. Le 21 mars 2009, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations.
14. Le 26 mars 2009, l'OAI a prié l'assurée de lui communiquer les faits nouveaux justifiant sa demande du 21 mars 2009.
15. le 5 avril 2009, le Dr L _____ a informé l'OAI que l'assurée présentait clairement depuis 2006 des lombalgies d'effort sur troubles dégénératifs en lien avec une importante discarthrose L5-S1 (selon un RX de la colonne lombopelvienne du 25 juillet 2006), objectivé par un bilan radiologique en été 2006. Son incapacité de travail était de 50 %. Elle se plaignait aussi de douleurs diffuses du tronc et des quatre membres avec irradiations céphaliques l'empêchant de maintenir des activités domestiques lourdes.
16. Le 6 mai 2009, la Dresse M _____ a attesté que depuis 2008 les douleurs s'étaient aggravées l'empêchant de travailler correctement (soulèvement et déplacement d'archives). Elle était en incapacité de travail totale depuis janvier 2009. Son état dépressif s'était aussi aggravé.

17. Par projet de décision du 12 mai 2009, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations en raison du fait que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle, en se fondant sur un avis du 11 mai 2009 du Dr Q_____ lequel constatait que la Dresse M_____ se référait uniquement à des symptômes subjectifs (basés sur les plaintes de l'assurée).
18. Par décision du 17 juin 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision.
19. Par acte du 21 août 2009, complété le 5 octobre 2009, l'assurée, représentée par une avocate, a recouru à l'encontre de cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité supérieur à un quart.

Le Dr Q_____ n'avait pas mentionné les éléments objectifs cités par le Dr L_____ le 5 avril 2009. Par ailleurs, il y avait une aggravation de l'état psychique, de sorte qu'une expertise bidisciplinaire était justifiée.

Elle a communiqué un rapport de la Dresse R_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, du 2 octobre 2009 selon lequel celle-ci suivait l'assurée depuis le 30 juillet 2004 pour un trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel de sévérité moyenne, lequel était la cause principale de l'incapacité de travail même si le diagnostic de fibromyalgie avait été posé. L'assurée avait d'ailleurs été hospitalisée à la clinique de Montana.

20. Le 2 novembre 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours en se référant à un avis du SMR du 21 octobre 2009 relevant que les lombalgies d'effort mentionnées par le Dr L_____ n'empêchaient pas une activité de bureau, que le Dr L_____ n'expliquait pas pourquoi la capacité de travail était de 50 % au lieu de 60 %, et qu'un rapport médical précis devait être demandé à la Dresse R_____ ainsi que la lettre de sortie à la clinique genevoise de Montana afin d'évaluer l'éventuelle aggravation de l'état dépressif.
21. A la demande du Tribunal de céans, la Dresse R_____ a précisé le 15 décembre 2009 qu'elle avait posé les diagnostics de trouble dépressif, trouble de personnalité émotionnelle labile de type impulsif et trouble somatoforme douloureux. Les limitations fonctionnelles étaient une instabilité psychique et thymique lors des décompensations dépressives, pour rappel récurrentes chez cette patiente, les symptômes tels qu'anergie, fatigue, aboulie, retrait sur soi, irritabilité, recrudescence des douleurs, pessimisme, pouvaient être considérés comme des limitations fonctionnelles claires. Entre les épisodes dépressifs, les limitations étaient à rechercher dans le trouble de la personnalité qui entraînait en soi une instabilité psychique globale, une tendance à l'impulsivité et une intolérance au stress pouvant générer d'importantes tensions sur le lieu de travail pouvant aller jusqu'à l'hétéroagressivité verbale. Par ailleurs, le syndrome douloureux chronique

interférait avec le tableau dépressif (majoration réciproque) en renforçant les limitations déjà présentes. La récurrence des épisodes dépressifs et l'accentuation des symptômes en lien avec le trouble de personnalité étaient à son avis incompatibles avec une activité professionnelle. Elle avait demandé l'hospitalisation de la patiente du 3 au 17 juin 2008 à la Clinique de Montana pour une rechute de son état dépressif. Les conclusions de l'expertise de la Dresse P_____ concernant la capacité de travail n'étaient plus pertinentes actuellement. La récurrence des états dépressifs avec des épisodes relativement sévères était un facteur important de limitation professionnelle.

22. Le 14 décembre 2009, la Clinique genevoise de Montana a transmis la lettre de sortie du 15 juillet 2008, suite à l'hospitalisation de l'assurée du 3 au 17 juin 2008. Le diagnostic principal posé était celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisations (F 33.11). Il était aussi mentionné comme comorbidité notamment un trouble somatoforme douloureux (F 45.4). L'assuré se plaignait surtout de rachialgies diffuses et douleurs articulaires et aux insertions tendineuses. L'essentiel de la démarche avait été la verbalisation de la souffrance. Le traitement psychotrope en cours avait été maintenu.
23. Le 28 janvier 2010, l'OAI a conclu à l'ordonnance d'une expertise psychiatrique judiciaire en se fondant sur un avis médical du SMR du 25 janvier 2010 selon lequel l'évolution semblait parler pour un trouble dépressif récurrent de sorte qu'une expertise était justifiée.
24. Le 1^{er} février 2010, la recourante a observé que la Dresse R_____ parlait de capacité de travail alors qu'elle semblait motiver une incapacité de travail de sorte qu'il convenait de lui faire précise ce point. Au surplus, elle a persisté dans ses conclusions du 5 octobre 2009.
25. Le 25 mars 2010, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise au Dr S_____ et leur a impartit un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert ainsi que sur la mission d'expertise.
26. Le 8 avril 2010, l'intimé a approuvé la mission d'expertise et indiqué qu'il n'avait aucun motif de récusation à l'encontre de l'expert. La recourante n'a pas donné suite au courrier du 25 mars 2010.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 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.
2. 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).

En l'espèce, la nouvelle demande de prestations a été déposée le 21 mars 2009. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008.

3. a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

b) En l'espèce, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 12 mai 2009, qui a été confirmé par la décision du 17 juin 2009, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 21 août 2009.

c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).
4. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité supérieure à un quart de rente.
5. a) Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée

invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

b) Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

c) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré.

6. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

7. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (voir ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence).

C'est ainsi que la tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente d'invalidité consiste avant tout à établir l'existence ou non d'un changement significatif de l'état de santé de l'assuré, respectivement de sa capacité de travail, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATFA non publié du 12 juillet 2005, I 282/04, consid. 5.2 et 5.3)

8. D'après 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 consid. 2.2.3). 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). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret.

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).

On ajoutera encore que dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65; ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). La fibromyalgie a été plus particulièrement assimilée au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA du 20 avril 2006, cause I 805/04).

Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

9. a) Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, les états dépressifs constituent généralement 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), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (arrêt D. du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1). Le TFA a également considéré qu'une personnalité à traits histrioniques ne constituait pas non plus, à côté du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) une comorbidité psychiatrique autonome du trouble fibromyalgique (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05).
- b) S'agissant des affections corporelles chroniques, il doit exister une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (notamment ATFA du 12 juin 2006, cause I 317/05).
- c) Concernant l'état physique cristallisé, des éléments biographiques difficiles (relations conflictuelles au travail, divorce, possible traumatisme sexuel sans contact physique durant l'enfance) sont des indices plaidant en faveur d'un tel état, si tant est que l'assuré ne démontre pas en même temps une attitude théâtrale et revendicative et émette des déclarations discordantes au sujet de ses douleurs donnant à penser qu'il cherche une compensation de ses souffrances par l'AI. Le fait d'affirmer ne plus être en mesure d'exercer une quelconque activité tout en étant

capable de s'occuper du ménage et d'un enfant sont des indices faisant plutôt apparaître un profit secondaire tiré de la maladie (ATFA du 20 mars 2006, cause I 644/04). Un tel état ne saurait être admis lorsque l'assuré n'a pas suivi de traitement psychiatrique durable et que, par ailleurs, il fait preuve d'une mauvaise compliance médicamenteuse (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04, voir aussi ATFA du 21 avril 2006, cause I 483/05), lorsqu'il a uniquement pris un traitement d'anxiolytiques et non pas d'antidépresseurs (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), lorsque la poursuite du traitement est susceptible d'améliorer la symptomatologie d'anxiété (ATFA du 8 juillet 2004, cause I 380/03), lorsque l'épisode dépressif moyen est en rémission complète (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05), lorsqu'aucun élément psychotique, aucune souffrance ou dysfonctionnement personnel, professionnel et social, ni encore des traits d'une personnalité dissociée ne peuvent être retenus (ATFA du 25 novembre 2004, cause I 450/03), en l'absence d'une source de conflit intrapsychique ou situation conflictuelle externe (ATFA du 23 juin 2004, cause I 272/03) lorsque l'état de l'assuré est susceptible de s'améliorer grâce à la stabilisation de la vie familiale et à l'instauration d'un traitement antidépresseur (ATFA du 10 novembre 2005, cause I 638/04), lorsque l'état psychique est stabilisé grâce à une médication adéquate et qu'un suivi psychothérapeutique constituerait un traitement adéquat des troubles en cause (ATFA du 12 septembre 2005, cause I 497/04), lorsque l'assuré fait état d'une envie de travailler et d'une certaine ambition sociale (ATFA du 13 juillet 2005, cause I 626/04).

d) S'agissant de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est pas réalisée dès lors que l'assuré effectue des promenades avec des amis qu'il voit fréquemment et maintient des contacts sociaux avec sa famille en Espagne (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04), qu'il bénéficie d'une vie familiale épanouie, reçoit des amis et se rend chez eux (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), qu'il a une vie retirée, passant beaucoup de temps à la maison mais a gardé un certain réseau d'amis qui viennent le voir ou auxquels il rend visite (ATFA du 29 novembre 2005, cause I 665/04), qu'il se dit bien entouré sur le plan familial (ATFA du 16 août 2005, cause I 539/04), qu'il vit dans une situation de retrait mais qu'il a des contacts réguliers avec ses proches et qu'il retourne régulièrement dans son pays d'origine avec sa famille ou des amis (ATFA du 2 mars 2005, cause I 690/04), qu'il est à même d'entretenir des contacts sociaux, d'exercer des activités sportives (natation) et de loisir (promenade) (ATFA du 8 juin 2005, cause I 361/04).

10. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui

paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

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 n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) 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).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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. Etant 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).

d) En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

e) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, 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. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

11. En l'espèce, l'intimé a estimé, en se fondant sur l'avis du SMR du 25 janvier 2010, que les renseignements médicaux indiquaient une aggravation de l'état de santé de la recourante de sorte qu'une expertise psychiatrique était nécessaire.

La recourante a elle-même conclu à l'ordonnance d'une expertise bidisciplinaire, somatique et psychiatrique.

Au vu des avis médicaux de la Dresse R_____ des 2 octobre 2009 et 15 décembre 2009, il se justifie, conformément à l'avis des parties, d'instruire l'aspect psychiatrique par le biais d'une expertise, laquelle sera confiée au Dr S_____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

En l'état seule une expertise psychiatrique sera ordonnée.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Préparatoirement :

2. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr S_____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité Mme G_____.
 - c. Examiner Mme G_____.
 - d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
 - e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 - f. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ?
 - g. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre Mme G_____ d'un point de vue psychiatrique ?
 - h. En cas de trouble psychique :
 - Quel est le degré de gravité de celui-ci ?
 - Depuis quelle date est-il présent chez Mme G_____ ?
 - Comment a-t-il évolué ?
 - Quel traitement est-il indiqué ? Mme G_____ suit-elle un traitement adéquat ?
 - Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ?
 - L'état de santé de l'assurée s'est-il dégradé depuis le 25 octobre 2005, date de la décision de rente de l'OAI ? Si oui, de quelle manière et dans quelle mesure ?

- i. Existe-t-il un diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie ?
Si oui :

Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? si oui de quelle importance ? ce trouble psychique a-t-il valeur de maladie en tant que telle ou doit-il être considéré uniquement comme une manifestation réactive au trouble somatoforme douloureux, non constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome ?

- Existe-t-il des affections corporelles chroniques ?
 - Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ?
 - Mme G _____ subit-elle une perte d'intégration sociale au sens du considérant 10 d) et, cas échéant, dans quelle mesure et de quelle manière ?
 - Existe-t-il chez Mme G _____ un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) ?
 - Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conforme aux règles de l'art ?
 - Des mesures de réhabilitation seraient-elles utiles ?
 - Dans quelle mesure peut-on exiger de Mme G _____ qu'elle mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail ?
 - En d'autres termes, Mme G _____ dispose-t-elle et si oui dans quelle mesure de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs aux fins d'exercer une activité lucrative ?
- j. Compte tenu de votre diagnostic, l'assurée pourrait-elle exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?
- k. Le 25 octobre 2005, l'OAI a reconnu l'assurée capable de travailler à 60 % depuis le 1^{er} octobre 2004. Cette capacité de travail a-t-elle évolué depuis et de quelle manière ?
- l. Etes-vous d'accord avec les avis médicaux de la Dresse R _____ des 2 octobre et 15 décembre 2009 ? Si non, pourquoi ?
- m. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

- n. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
- 3. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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