REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3292/2005 **ATAS/381/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 11 avril 2006

En la cause

Madame D_____	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Valérie MONTANI et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Madame D_____, ressortissante portugaise née le 25 décembre 1964, est arrivée en Suisse en janvier 1985. Elle a exercé divers emplois, tels que dame d'office, ouvrière dans l'horlogerie et nettoyeuse.

2. Le 20 septembre 1993, elle a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) qui a été rejetée. L'expertise psychiatrique du Dr A_____ datée du 29 mai 1997 réalisée dans le cadre de l'instruction a conclu qu'il n'y avait ni état dépressif, ni trouble objectif, si ce n'était une névrose de rente ou de revendication qui s'inscrivait dans un contexte familial déjà lourd. Sur cette base, la Commission cantonale de recours en matière d'AVS/AI, alors compétente, a, par jugement du 22 avril 1998, rejeté le recours de l'assurée contre la décision de l'OCAI, au motif qu'elle ne présentait aucune diminution de sa capacité de gain. Ce jugement a été confirmé par le Tribunal fédéral des assurances dans son arrêt du 12 novembre 1998.

3. L'assurée a repris un emploi de nettoyeuse à raison de 8h15 par jour pour la société X_____SA du 7 mai au 4 août 2001.

4. Le 18 octobre 2001, elle a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'OCAI, visant à l'obtention d'un reclassement dans une nouvelle profession ou d'une rente. Elle a allégué souffrir de douleurs au dos et à la nuque depuis 1991. Sa demande a à nouveau été rejetée par l'OCAI par deux décisions du 15 mai 2002. Divers rapports médicaux figuraient alors au dossier, soit :

   - un rapport du Dr B_____, spécialiste en pédiatrie qui suivait l'assurée depuis plusieurs années, daté du 1er novembre 2001, selon lequel l'assurée souffrait d'une douleur chronique de l'omoplate gauche et d'une dépression chronique ; son état de santé était stationnaire ;

   - un rapport du Dr C_____, médecin traitant spécialiste en chirurgie, du 28 février 2002, diagnostiquant des rachialgies chroniques, une suspicion de fibromyalgie, 11 points caractéristiques étant présents, ainsi qu'une personnalité schizoïde. Ce médecin a également relevé la présence de douleurs au niveau des coudes et des genoux, d'épigastralgies périodiques accompagnées de ballonnements abdominaux, d'une asthénie chronique et d'une insomnie chronique. Selon lui, l'assurée présentait une incapacité de travail totale depuis le 1er juin 1998 pour une période indéterminée ; son état de santé s'aggravait. Une reprise du travail à 50% dans une activité professionnelle adaptée pouvait toutefois être tentée (possibilité de tenir la position assise pendant deux à trois heures par jour, la position debout pendant une à deux heures, la même position du corps pendant une demi-heure à une heure ; possibilité de lever, porter ou déplacer des charges d'au maximum 5 kg ; les mouvements répétitifs des membres et du dos étaient prohibés), bien que la

motivation de l'assurée pour une reprise du travail ou un reclassement professionnel soit faible et l'absentéisme prévisible dû à son état de santé important. Ce spécialiste a par ailleurs estimé que la capacité de travail de sa patiente ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales et que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées ;

- un rapport établi le 16 avril 2002 par le Dr D_____ du Service médical régional AI (SMR Léman) aux termes duquel l'assurée ne présentait pas d'incapacité de travail durable. La suspicion de fibromyalgie n'était qu'une des formes du trouble somatoforme douloureux déjà diagnostiqué lors de la première demande de prestations et ce trouble n'était pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique.

5. Par courrier du 5 juin 2002, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OCAI du 15 mai 2002 lui refusant une rente d'invalidité.

6. Par arrêt du 19 mai 2004, le Tribunal de céans a considéré que le dossier n'était pas en état d'être jugé au motif qu'il n'était pas suffisant de se baser sur les expertises psychiatriques réalisées en 1994 et 1997 pour juger de l'état de santé de l'assurée en 2002, la situation ayant pu évoluer depuis. Il a partiellement admis le recours et renvoyé la cause à l'OCAI afin que celui-ci mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire et rende une nouvelle décision.

7. L'OCAI a dès lors mandaté la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) pour une expertise pluridisciplinaire rhumato-psychiatrique.

8. Le 4 mai 2005, le Dr E_____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie de la CRR, a rendu une expertise dans laquelle il a exposé que l'anamnèse était donnée sous toute réserve, l'assurée collaborant mal, fournissant des réponses plates, sans consistance, allant toujours dans le même sens d'une douleur obérant toute activité et faisant pratiquement d'elle une impotente. Selon ce spécialiste, les incohérences de l'assurée dans la description de l'aide obtenue de tiers, dans la prise médicamenteuse ou encore dans les limitations de ses activités étaient telles qu'elles lui faisaient perdre toute crédibilité. Elle affirmait souffrir de douleurs intéressant exclusivement l'hémicorps gauche, principalement les membres mais également le tronc. Lors de la mobilisation passive de ces articulations, ce médecin a pu noter un rictus douloureux systématique. L'assurée décrivait sa douleur comme horrible, inexplicable, constante et insomniante. L'examen clinique a cependant montré qu'elle était en excellent état général ; toutes les articulations étaient calmes et bien mobiles et ce de façon symétrique. Ce médecin a conclu que l'état douloureux dont se plaignait l'assurée ne trouvait aucun correspondant objectif et que par conséquent il ne voyait pas comment cautionner une hypothétique incapacité sur la base d'une atteinte à l'appareil locomoteur qui restait à démontrer.

Dans son rapport d'expertise du 18 mai 2005, le Dr F_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de la CRR, a retenu que les plaintes douloureuses de l'assurée dépassaient ce que laisseraient attendre les éléments somatiques objectifs. Elles se situaient dans un contexte psychosocial délétère chez une personne qui souffrait, qui avait des difficultés avec ses enfants et dont les deux parents étaient au bénéfice de rentes de l'assurance-invalidité. Sur la base de ces éléments, ce médecin a fondé sa conviction que les douleurs étaient d'origine psychogène et que le cas de l'assurée entrait strictement dans le cadre du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. La comorbidité psychiatrique n'était pas significative, les traits de personnalité pathologiques ne constituant pas un trouble spécifique valant pour une perturbation du fonctionnement personnel et socioprofessionnel ; les éléments schizoïdes n'étaient pas retenus. Ce spécialiste a par ailleurs relevé que l'assurée avait des contacts fréquents avec ses parents, qu'elle décrivait son réseau d'amis comme large et que ses proches l'assistaient de façon conséquente pour son ménage et pour la confection de ses repas. Selon lui, son comportement d'invalide semblait relever essentiellement de facteurs sortant du champ médical stricto sensu et il s'agissait vraisemblablement d'une situation fixée pour longtemps, puisque les possibilités thérapeutiques avaient été explorées depuis plusieurs années, qu'une psychothérapie n'aurait pas de sens et que les médications psychotropes n'avaient pas donné de résultats.

Le 30 mai 2005, le Dr G_____, spécialiste en neurologie de la CRR, a diagnostiqué un syndrome somatoforme douloureux persistant sans comorbidité psychiatrique significative. Il a également relevé que l'examen clinique avait été rendu difficile en raison du comportement de l'assurée. Il pouvait cependant le considérer dans les limites de la norme, sans évidence tant du point de vue rhumatologique, ostéo-articulaire ou neurologique d'un quelconque signe pouvant expliquer le statut d'impotent et douloureux de l'assurée. Selon ce médecin, l'évaluation a fait apparaître un tableau d'incohérence totale chez une patiente s'auto-limitant à tous les tests et s'estimant invalide, incapable d'une quelconque activité. Il a à cet égard noté qu'elle était aidée dès son réveil par des proches pour sa toilette et ses activités ménagères ; elle sortait toutefois quasiment tous les jours avec ses amis. Ce spécialiste a par ailleurs constaté que l'assurée n'avait pas de plan thérapeutique clair et que tous les traitements, tant physiques que médicamenteux, n'avaient jamais pu améliorer la situation ou avaient été interrompus par la patiente elle-même. D'un point de vue purement médical, et sans mettre en doute le fait que l'assurée souffrait, il n'était, selon lui, pas possible de démontrer une quelconque limitation qui pourrait empêcher qu'elle reprenne une activité professionnelle quelle qu'elle soit.

9. Le 28 juin 2005, le Dr H_____, médecin-chef adjoint du SMR, s'est déterminé sur les rapports des experts de la CRR. Selon ce médecin, l'on pouvait considérer comme absence de demande de soins de la part de l'assurée l'incohérence de celle-ci dans la gestion de ses traitements. Il a souligné que

l'assurée affirmait avoir plusieurs consultations par mois chez deux médecins pour la prescription d'anti-douleurs, soit le Dr B_____ et le Dr C_____, or le premier était pédiatre et le second chirurgien alors que l'on pouvait s'attendre à des consultations rhumatologiques, orthopédiques ou de médecine interne. Il a également relevé qu'il existait des divergences dans la manière dont l'assurée racontait ses journées, puisque selon le Dr E_____, elle ne faisait rien de ses journées, se contentant de lire et de regarder la télévision, tandis que pour le Dr F_____ elle sortait tous les jours pour faire ses courses et plusieurs fois par semaine pour rendre visite à ses parents. Ce spécialiste a enfin conclu que l'assurée ne présentait aucune limitation sur le plan physique, psychique ou social.

10. Par décision du 7 juillet 2005, l'OCAI a rejeté la demande de rente d'invalidité, en se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire réalisée par les médecins de la CRR.

11. Par courrier du 20 juillet 2005, l'assurée s'est opposée à cette décision, alléguant que ses douleurs lui gâchaient la vie. Elle a produit une attestation de son médecin traitant, le Dr B_____, datée du 18 juillet 2005, selon laquelle elle présentait des dorso-lombalgies chroniques accompagnées de douleurs au niveau de toutes les articulations, ainsi qu'un état dépressif avec des traits de personnalité schizoïde. Le médecin a ajouté : « je lui conseille le repos absolu, elle ne peut pas travailler actuellement ».

12. Par décision sur opposition du 12 août 2005, l'OCAI a confirmé sa décision initiale. Le cumul des critères énumérés par la jurisprudence en cas de fibromyalgie n'était pas réalisé et il n'existait aucune limitation de l'assurée sur le plan psychique ; la capacité de travail était donc totale dans toute activité.

13. L'assurée a interjeté recours le 7 septembre 2005 contre ladite décision. Elle a joint à son courrier une nouvelle attestation du 7 septembre 2005 établie par le Dr B_____ selon laquelle elle est suivie par la Dresse I_____, spécialiste en neurologie, pour une suspicion de fibromyalgie et par le Dr J_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour un problème de dépression, ainsi qu'un certificat daté du 19 septembre 2005 signé par le Dr K_____, médecin généraliste et acupuncteur, lequel suit l'assurée en raison de douleurs musculaires diffuses probablement dues à une fibromyalgie.

14. Dans son préavis du 17 octobre 2005, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Il a considéré que les certificats médicaux produits par l'assurée n'apportaient rien de nouveau et que, dans la mesure où les médecins concernés ne se prononçaient même pas sur la capacité de travail résiduelle de l'intéressée, ils ne sauraient en aucun cas remettre en cause les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire réalisée par la CRR, ni l'avis dûment motivé du SMR.

15. La Dresse I_____, le Dr K_____ et le Dr J_____ ont été interrogés par écrit par le Tribunal de céans.

La Dresse I_____, a indiqué le 24 novembre 2005 qu'elle avait reçu l'assurée en consultation pour la première fois le 6 septembre 2005 et qu'elle ne l'avait revue que deux fois par la suite. Aucun rendez-vous n'était par ailleurs prévu car l'assurée les annulait à la dernière minute. Cette spécialiste estimait par conséquent qu'elle ne pouvait pas se prononcer sur le degré d'incapacité de travail de celle-ci.

Le 9 décembre 2005, le Dr K_____ a expliqué qu'il suivait l'assurée depuis la fin de l'année 1997 pour des maladies courantes telles que des maux de têtes, des insomnies, des douleurs abdominales et ostéoarticulaires. Après quelques temps, il a constaté qu'elle présentait des symptômes pouvant évoquer une fibromyalgie qui consistaient en un syndrome musculo-articulaire algique, erratique et chronique ainsi que des troubles neurovégétatifs et dysthymiques. De plus, 12 à 13 points douloureux sur les 18 points myalgiques caractéristiques de la fibromyalgie étaient présents, les examens para cliniques n'avaient pas révélé d'anomalies et il n'existait pas de syndrome inflammatoire caractéristique. Selon ce médecin, l'assurée souffrait également d'un manque de concentration et de fréquents vertiges. Il a par ailleurs diagnostiqué une dépression « traînante » assez marquée au début mais qui s'est améliorée avec le temps. Pour le surplus, il a indiqué que, malgré un traitement de plusieurs sortes (AINS, antidépresseurs, acupuncture), l'assurée ne ressentait aucune amélioration de ses douleurs chroniques et de ses troubles dysthymiques. Selon lui, l'assurée était incapable de travailler en raison de son état psychosomatique.

Le Dr J_____, a indiqué le 13 février 2006 que l'assurée lui avait été adressée par le Dr B_____ et qu'il ne l'avait rencontrée que lors d'une seule consultation qui avait eu lieu le 30 août 2005. L'assurée lui avait alors déclaré qu'elle était très déprimée depuis le départ de son mari en 2002 et qu'elle avait beaucoup de difficultés à assumer ses tâches ménagères ainsi qu'à s'occuper de ses enfants. Elle passait beaucoup de temps dans son lit et à regarder la télévision ; elle recevait la visite de ses parents ainsi que de quelques amies mais elle sortait très peu de chez elle. Ce médecin a également relevé qu'elle n'avait jamais demandé d'aide spécialisée ni pour elle ni pour ses enfants et elle n'aurait pas non plus eu d'autre suivi médical. Selon lui, les aspects sociaux très compliqués de l'assurée pouvaient être la conséquence d'un trouble psychique de type anxiété-dépression qu'il n'avait pas pu évaluer de manière suffisante au cours de son unique consultation.

16. Par écriture complémentaire du 11 mars 2006, l'assurée a fait valoir que son état de santé ne cessait de s'aggraver et que ses médecins traitants estimaient qu'elle était totalement incapable de travailler. Elle a suggéré que deux de ses médecins traitants, la Dresse L_____ et le Dr M_____, soient entendus et qu'une expertise médicale soit réalisée par un spécialiste en rhumatologie et en psychiatrie indépendant de l'OCAI. Elle a conclu à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée.

17. Dans un courrier du 6 mars 2006, l'OCAI a maintenu ses conclusions.

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

EN DROIT

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

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

   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) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

   Sa compétence pour juger le cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce reste cependant régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au 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 matière de procédure toutefois, les règles de la LPGA 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).

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

4. Le litige porte sur la question de savoir si l'assurée présente un degré d'invalidité susceptible d'ouvrir droit à une rente d'invalidité.

5. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

   Le droit à une rente est déterminé par l'art. 28 al. 1er LAI qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. Il 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.

   La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

   En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la

valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

Selon la jurisprudence du TFA, le médecin traitant a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise, en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001 p. 109 consid. 3b/bb). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67).

6. En l'espèce, les médecins de la CRR ont rendu une expertise pluridisciplinaire fondée sur des examens clinique, psychiatrique et neurologique réalisés lors du séjour de l'assurée à la CRR. Pour ce faire, ils ont étudié l'ensemble de son dossier comprenant notamment les rapports des autres médecins. Ils ont également été attentifs à ses plaintes et à sa situation actuelle lors des examens qu'ils ont pratiqués et ont procédé à une anamnèse détaillée. L'état de santé de l'assurée a ainsi fait l'objet d'un examen complet et approfondi et les médecins ont pris soin de motiver leur appréciation, de sorte que leur diagnostic a été établi en pleine connaissance de cause.

   L'assurée allègue que l'expertise des médecins de la CRR a été effectuée avec un parti pris en faveur de l'OCAI. Il convient de préciser qu'un expert passe pour prévenu seulement lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partiale de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut cependant pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF non publié I 19/2002 du 26 juillet 2002 ; ATF 125 V 353 sv. consid. 3b/ee ; ATF 123 V 176 consid. 3d et l'arrêt cité; VSI 2001 p. 109 sv. consid. 3b/ee; RAMA 1999 n° U 332 p. 193 consid. 2a/bb et les

références). Le fait que des experts, comme les spécialistes du SMR Léman ou de la CRR, soient régulièrement chargés par l'assurance-invalidité d'établir des expertises ne constitue donc pas à lui seul un motif suffisant pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité desdits experts ainsi que l'assurée l'a laissé entendre.

Il est vrai que certaines observations faites par le Dr E_____ peuvent paraître déplacées et donner l'impression qu'il porte un jugement de valeur sur le cas de l'assurée. Or, la jurisprudence a estimé que l'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère ici clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert doit faire preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet : par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise doit être rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi que PAYCHERE, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, page 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

Il importe toutefois de relever que les autres médecins de la CRR et du SMR ont confirmé le rapport du Dr E_____. Dès lors, malgré certains propos de ce médecin, il y a lieu de considérer que le rapport d'expertise pluridisciplinaire de la CRR satisfait à toutes les conditions jurisprudentielles ; il doit donc se voir reconnaître pleine valeur probante, de même que les rapports établis par les médecins du SMR Léman puisqu'ils le confirment en substance.

S'agissant des attestations du Dr B_____, médecin traitant de l'assurée, elles sont très sommaires. Il n'indique en effet pas sur quels éléments il se base pour arriver à la conclusion que l'assurée souffre de dorso-lombalgies chroniques accompagnées de douleurs au niveau de toutes les articulations, ainsi que d'un état dépressif avec des traits de personnalité schizoïde. Un tel diagnostic nécessite pourtant un examen approfondi de la patiente et le fait qu'il affirme suivre l'assurée depuis plusieurs années n'est pas suffisant pour expliquer son appréciation. Il faut de plus relever que ce médecin est pédiatre ; il n'a donc suivi aucune formation lui permettant d'apprécier une situation faisant appel à des notions de psychiatrie et de rhumatologie. Ce manque de précision et de qualification ainsi que la conclusion

évasive à laquelle il parvient s'agissant de la détermination d'une incapacité de travail, à savoir « je lui conseille le repos absolu, elle ne peut pas travailler actuellement », laissent penser que, se trouvant dans une situation d'évaluation difficile, ce médecin s'est fié aux dires de sa patiente et n'a pas fait preuve de l'objectivité nécessaire dans une telle situation. Son attestation n'a donc pas une valeur probante suffisante pour justifier de s'écarter de l'expertise pluridisciplinaire de la CRR.

De même en est-il du rapport du Dr C_____. En effet, mises à part une brève anamnèse et une énumération succincte des plaintes de l'assurée, ce médecin se contente de faire référence à deux rapports médicaux établis par les Hôpitaux Universitaires de Genève en 1998 pour se prononcer sur l'état de santé psychique de celle-ci et ne précise pas sur quels éléments il s'appuie pour diagnostiquer une suspicion de fibromyalgie ainsi qu'une personnalité schizoïde. Ce défaut d'indications objectives empêche de considérer que les points litigieux du dossier ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et que cette appréciation est fondée sur des examens complets et encore d'actualité. De plus, il convient de souligner le fait que ce médecin est chirurgien et qu'il est par conséquent peu qualifié pour diagnostiquer de telles atteintes psychiques. Pour le surplus, il s'agit du médecin traitant de l'assurée. Dès lors, comme l'affirme la jurisprudence, il faut tenir compte du fait qu'un médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient de par sa position de confident privilégié. Le rapport de ce médecin ne doit par conséquent pas se voir reconnaître pleine valeur probante non plus.

7. Au vu de ce qui précède, l'audition des Dr. L_____ et M_____, tous deux médecins traitants de l'assurée, de même que la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire, est superflue, le Tribunal de céans disposant de suffisamment d'éléments pour se déterminer. Ces médecins ne pourraient quoi qu'il en soit attester de l'état de santé de l'assurée qu'après 2005.

8. Sur le plan physique, les médecins ont observé des douleurs au niveau de l'hémicorps gauche, des rachialgies chroniques, des douleurs au niveau des coudes et des genoux, des épigastralgies périodiques accompagnées de ballonnements abdominaux, une asthénie chronique, des dorso-lombalgies chroniques, des douleurs au niveau de toutes les articulations, des maladies courantes telles que des maux de têtes, des insomnies et des douleurs ostéoarticulaires, un manque de concentration ainsi que de fréquents vertiges. Ces diverses affections ont en grande partie été diagnostiquées par les médecins traitants de l'assurée. Les spécialistes de la CRR et du SMR Léman ne les ayant pas contestées, il convient d'admettre qu'elles sont avérées.

9. Le Dr E_____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie de la CRR, estime que l'état douloureux dont se plaint l'assurée ne trouve aucun correspondant objectif puisque son état de santé général est excellent. Il considère dès lors qu'il ne

peut pas cautionner une hypothétique incapacité de travail sur la base d'une atteinte à l'appareil locomoteur qui reste à démontrer. Le Dr G_____, spécialiste en neurologie de la CRR, est également d'avis que, d'un point de vue purement médical, et sans mettre en doute le fait que l'assurée souffre, il n'est pas possible de démontrer une quelconque limitation qui pourrait empêcher qu'elle reprenne une activité professionnelle quelle qu'elle soit. En effet, l'examen clinique qu'il a pratiqué peut être considéré dans les limites de la norme, sans évidence tant du point de vue rhumatologique, ostéo-articulaire ou neurologique d'un quelconque signe pouvant expliquer le statut d'impotent et douloureux de l'assurée. Au surplus, le Dr H_____, médecin-chef adjoint du SMR, confirme que l'assurée ne présente aucune limitation sur le plan physique.

Les médecins traitants de l'assurée ne sont pas du même avis que les médecins de la CRR. En effet, selon le Dr C_____, l'assurée présente une incapacité de travail totale depuis le 1er juin 1998 pour une période indéterminée et son état de santé s'aggrave. Une reprise du travail à 50% dans une activité professionnelle adaptée est toutefois envisageable. Le Dr K_____ estime quant à lui que l'assurée est totalement incapable de travailler en raison de son état psychosomatique. De même, le Dr B_____ est d'avis que l'assurée ne peut pas travailler, de sorte qu'il lui conseille le repos absolu.

Etant donné que l'expertise des médecins de la CRR a pleine valeur probante et que, selon la jurisprudence constante, il y a lieu d'attacher plus d'importance aux constatations faites par ces médecins qu'aux appréciations faites par les médecins traitants de l'assurée, il convient d'admettre que, sur le plan physique, l'assurée est totalement capable de travailler.

10. Sur le plan psychique, les Dr. F_____ et G_____ ont observé chez l'assurée un syndrome douloureux somatoforme persistant. Les Dr. C_____ et K_____ ont quant à eux diagnostiqué une suspicion de fibromyalgie. La jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances assimile la fibromyalgie à un trouble somatoforme, plus précisément au syndrome douloureux somatoforme persistant (arrêt G. du 24 août 2005, I 752/04 ; arrêt P. du 10 mars 2003, I 721/02; cf. P. A. E_____, «Peut-on encore poser le diagnostic de fibromyalgie?», in : Revue médicale de la Suisse romande 2001, p. 443 ss, spécialement p. 446; cf. aussi MEYER-BLASER, op. cit., p. 64 n. 93). En conséquence, le Tribunal de céans retiendra que l'assuré souffre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, cette affection ayant été relevée par plusieurs médecins et notamment par un spécialiste en psychiatrie.

11. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état

psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible, conformément à la doctrine médicale (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et les arrêts cités). 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 (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).

Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3; Ulrich MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René SCHAUFFHAUSER /Franz SCHLAURI (éd.), Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 64 sv., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. p. 81 sv.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi MEYER-BLASER, op. cit. p. 83, spéc. 87 sv.) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. consid. 2b et les références; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss).

Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés par la jurisprudence - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (ATF 130 V 352 consid.2.2.4. et les arrêts cités).

Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en oeuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent (art. 40 PCF en liaison avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 en liaison avec 113 et 132 OJ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a), l'administration et le juge 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 (ATF 130 V 352 consid. 2.2.5).

12. S'agissant de la présence manifeste d'une comorbité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, le Dr B_____ a diagnostiqué un état dépressif et des traits de personnalité schizoïde. Cette dernière affection a également été observée par le Dr C_____. Le Dr K_____ a quant à lui constaté une dépression assez marquée au début mais qui s'est améliorée avec le temps. Il convient toutefois de relever que ces trois médecins ne sont pas qualifiés pour se prononcer sur l'état de santé psychique de l'assurée puisqu'aucun d'entre eux n'est spécialisé en psychiatrie. Par ailleurs, force est de constater que les traits de personnalité schizoïde qu'ils ont diagnostiqués ne sont pas constitutifs d'une comorbidité psychiatrique grave. De même en est-il de l'état dépressif qu'ils ont observé, puisque la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances estime que 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 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER-BLASER eyer-Blaser, op. cit. p. 81, note 135).

    Le Dr J_____ et le Dr F_____, tous deux spécialistes en psychiatrie et en psychothérapie, ont un avis divergent sur cette question. Pour le premier, l'assurée souffre d'un trouble psychique de type anxiété-dépression, bien qu'il n'ait pas pu l'évaluer de manière suffisante au cours de son unique consultation. Le second a en revanche estimé que l'assurée ne présentait pas de comorbidité psychiatrique significative, les traits de personnalité pathologiques ne constituant pas un trouble spécifique valant pour une perturbation du fonctionnement personnel et socioprofessionnel. Il n'a par conséquent pas retenu d'éléments schizoïdes. Cette appréciation a pour le surplus été confirmée par le Dr D_____ du SMR Léman et le Dr G_____ de la CRR.

    Le Dr J_____ n'a vu l'assurée qu'à une seule occasion et n'a pas motivé son avis. L'expertise des médecins de la CRR ayant quant à elle pleine valeur probante, il convient d'admettre, conformément aux avis de ces derniers, que l'assurée ne souffre pas d'une comorbité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes.

13. Se pose dès lors la question du cumul éventuel des autres critères établis par la jurisprudence. Il y a à cet égard lieu d'examiner si l'assurée en réunit plusieurs en sa personne de manière suffisamment marquée, ce qui fonderait un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle.

    Le critère de la présence d'affections corporelles chroniques (1) apparaît comme réalisé au vu des multiples troubles somatiques diagnostiqués par les médecins.

Concernant la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (2), le Dr F_____ a relevé que l'assurée avait des contacts fréquents avec ses parents, qu'elle décrivait son réseau d'amis comme large et que ses proches l'assistaient de façon conséquente pour son ménage et pour la confection de ses repas. Le Dr G_____ a également noté qu'elle était aidée dès son réveil par des proches pour sa toilette et ses activités ménagères. Il a précisé qu'elle sortait quasiment tous les jours avec ses amis. En revanche, selon le Dr E_____, l'assurée ne fait rien de ses journées, se contentant de lire et de regarder la télévision. Le Dr J_____ a de même indiqué que l'assurée passe beaucoup de temps dans son lit, à regarder la télévision et qu'elle sort très peu de chez elle. Il a toutefois souligné le fait qu'elle recevait la visite de ses parents ainsi que de quelques amies. Il ressort ainsi de tous ces rapports que l'assurée est très entourée par ses proches et qu'elle ne souffre d'aucune perte d'intégration sociale. Ce critère n'est donc pas réalisé.

S'agissant du critère de l'état psychique cristallisé (3), il y a lieu de relever que selon le Dr C_____ la capacité de travail de l'assurée ne peut pas être améliorée par des mesures médicales. D'après le Dr F_____, il s'agit vraisemblablement d'une situation fixée pour longtemps, puisque les possibilités thérapeutiques ont été explorées depuis plusieurs années, qu'une psychothérapie n'aurait pas de sens et que les médications psychotropes n'ont pas donné de résultats. Cet avis a été confirmé par le Dr K_____. Celui-ci a en effet indiqué que, malgré un traitement de plusieurs sortes (AINS, antidépresseurs, acupuncture), l'assurée ne ressent aucune amélioration de ses douleurs chroniques et de ses troubles dysthymiques. Le Dr G_____ a également constaté que tous les traitements, tant physiques que médicamenteux, n'avaient jamais pu améliorer la situation de l'assurée. Il a toutefois précisé que celle-ci avait elle-même interrompu plusieurs traitements et qu'elle n'avait pas de plan thérapeutique clair. Le Dr H_____ a à cet égard déclaré que l'on pouvait considérer comme absence de demande de soins de la part de l'assurée l'incohérence de celle-ci dans la gestion de ses traitements. L'assurée affirme en effet se rendre à plusieurs consultations par mois chez deux médecins pour la prescription d'anti-douleurs, soit le Dr B_____ et le Dr C_____, or le premier est pédiatre et le second chirurgien alors que l'on peut s'attendre à des consultations rhumatologiques, orthopédiques ou de médecine interne. Il est enfin difficile de considérer que l'état psychique de l'assurée est cristallisé, puisque la prise de médicaments n'est pas établie selon un plan thérapeutique précis et qu'aucun suivi psychiatrique n'a été mis en place, le Dr J_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, n'ayant vu l'assurée que lors d'une seule consultation. Il serait ainsi prématuré de conclure à l'échec de mesures thérapeutiques. Ce critère n'est donc pas rempli.

Enfin, il y a lieu de relativiser l'échec des mesures de réhabilitation entreprises par l'assurée (4), puisqu'il apparaît que celle-ci n'a pas tout entrepris pour améliorer

son état de santé. Le Dr E_____ a en effet estimé que les incohérences de l'assurée lors de la description de l'aide obtenue de tiers, dans la prise médicamenteuse ou encore dans les limitations de ses activités étaient telles qu'elles lui faisaient perdre toute crédibilité. Le Dr G_____ a également souligné le fait que l'examen clinique avait été rendu difficile en raison du comportement de l'assurée, celle-ci faisant apparaître un tableau d'incohérence totale, s'auto-limitant à tous les tests et affichant sa conviction d'être totalement invalide. Le Dr C_____ a pour le surplus indiqué que la motivation de l'assurée pour une reprise du travail ou un reclassement professionnel était faible et que l'absentéisme prévisible dû à son état de santé était important.

14. Il ressort de l'ensemble de ces éléments que l'assurée ne remplit pas les critères permettant de reconnaître le trouble somatoforme douloureux persistant dont elle souffre comme invalidant, en dépit de la présence d'affections corporelles chroniques.

15. En conclusion, bien que l'assurée souffre de plusieurs troubles somatiques et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, on doit pouvoir exiger d'elle les efforts nécessaires pour exercer une activité professionnelle à plein temps. Elle n'a par conséquent pas droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI).

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La Présidente
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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