

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3332/2009

ATAS/576/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 25 mai 2010

En la cause

Madame R_____, domiciliée à Genève, représentée par
ASSUAS, Association suisse des assurés

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame R_____ (ci-après l'assurée), née en 1975, d'origine albanaise, mariée, mère de trois enfants, est arrivée en Suisse en 1998. Sans formation professionnelle particulière, elle a travaillé comme nettoyeuse, femme de chambre puis employée de blanchisserie, moyennant un salaire mensuel brut de 3'300.- fr. jusqu'à sa mise en arrêt de travail complet le 10 juin 2006.
2. Le Dr A_____, radiologue, a pratiqué le 18 octobre 2006 une IRM lombaire de l'assurée qui a révélé une dégénérescence discale L5-S1 avec œdème intra-spongieux des plateaux, associée à une hernie discale sous-ligamentaire, de localisation médiane et paramédiane, sans conflit radiculaire.

Dans un rapport du 1er novembre 2006, le médecin a conclu, suite à une IRM cervicale, à une discrète dégénérescence discale C2-C3, C3-C4, C4-C5 sans discopathie.

3. Dans un mémo du 5 janvier 2007, le Dr B_____, médecin de l'assurance perte de gain de l'assurée a noté une discordance importante entre sa façon de se déplacer et les éléments objectifs du status et proposé un séjour d'observation à la Clinique romande de réadaptation à Sion.
4. Suite à l'hospitalisation de l'assurée du 25 mai au 1er juin 2007 aux HUG, la Dresse C_____, cheffe de clinique du service de rhumatologie, a diagnostiqué, dans un rapport du 5 juin 2007, des lésions dégénératives au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite et une discopathie L5-S1. La symptomatologie était probablement d'origine dégénérative. Le traitement résidait essentiellement en physiothérapie.
5. Sur mandat de l'assurance perte de gain de l'assurée, le Dr D_____, rhumatologue, a établi en date du 3 septembre 2007, un rapport d'expertise. Il a diagnostiqué une pyalgie droite dans le cadre d'une atteinte de la sacro-iliaque et un trouble somatoforme douloureux. Il a indiqué que l'examen clinique avait montré une atteinte de la sacro-iliaque droite probablement d'origine mécanique, une atteinte inflammatoire restant toutefois possible. Il a par ailleurs noté la présence de signes de non-organicité et un comportement exagéré lors de l'examen clinique qui obligeait à se demander si l'assurée ne cherchait pas à bénéficier indûment de l'assurance. Il proposait d'effectuer une scintigraphie osseuse du corps entier afin d'exclure définitivement une spondylarthropathie. Si cet examen se révélait normal, il pourrait conclure à une capacité de 100% dans la profession actuelle.
6. Dans son rapport du 20 septembre 2007, le Dr A_____ s'est posé la question de savoir si l'hyper captation au niveau des articulations sacro-iliaques par rapport

au sacrum que la scintigraphie osseuse avait révélée, constituait un status inflammatoire.

7. En date du 30 novembre 2007, l'assurée a déposé auprès de l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après OAI) une demande de prestations visant à l'octroi d'une rente. Elle a indiqué souffrir entre autres d'une hernie discale et d'arthrose sacro-iliaque dès 2005.
8. Dans son rapport du 7 janvier 2008, le Dr D _____ a constaté que la scintigraphie osseuse avait confirmé le diagnostic d'atteinte sacro-iliaque droit. Il était difficile à ce stade de savoir si l'atteinte était inflammatoire ou mécanique mais elle semblait légère, en dépit des plaintes de l'assurée. Il a relevé la présence de signes de non-organicité et un comportement manifestement exagéré. Il préconisait un traitement associant anti-inflammatoire et physiothérapie et a proposé une reprise du travail à 50% dès le 7 janvier et à 100% dès le 21 janvier 2008.
9. Dans le questionnaire adressé à l'OAI le 24 janvier 2008, le Dr E _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin traitant de l'assurée, a diagnostiqué des cervicalgies, des lombalgies chroniques douloureuses et une arthrose des articulations sacro-iliaques gauche et droite. L'incapacité de travail était de 100% dès le 17 novembre 2006 dans toute activité pour une durée indéterminée.
10. En date du 31 janvier 2008, l'assurée a adressé un courrier au Dr D _____ dans lequel elle décrivait les problèmes quotidiens rencontrés, notamment dans l'éducation de ses trois enfants, en raison de ses douleurs et le pria de lui expliquer comment elle pourrait travailler dans cet état.
11. Une IRM dorsale et lombaire, effectuée le 19 février 2008 à la demande du Service de rhumatologie des HUG, n' a montré aucune anomalie significative au niveau de la colonne dorsale, mais un remaniement dégénératif de l'espace intersomatique L5-S1 droit sans hernie discale, avec toutefois une réaction inflammatoire de type Modic 1.
12. Sur demande du Dr F _____, médecin au SMR, qui dans un avis du 29 avril 2008 se demandait si les troubles ne résultaient pas d'un surmenage, la Dresse G _____, médecin psychiatre, a procédé à un examen clinique psychiatrique de l'assurée. Dans son rapport du 22 mai 2008, elle note qu'aucun élément évocateur d'une atteinte du registre psychotique ni trouble grave de la personnalité n'a été mis en évidence. Elle constate que les plaintes de l'assurée ne correspondent pas aux critères internationaux du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et que même si cela était, il n'y a ni critère de gravité, ni comorbidité psychiatrique, ni perte d'intégration sociale. Elle conclut, sur le plan psychiatrique, à une capacité de travail exigible à 100% dans toute activité.

13. Par décision du 15 juillet 2008, l'Office cantonal de l'emploi a conclu que l'assurée était inapte au placement dès le 5 février 2008, au motif qu'elle affirmait que son incapacité de travail était définitive et qu'elle n'envisageait pas de reprendre une activité professionnelle.
14. Par courrier du 6 octobre 2008, l'assurée a informé l'OAI que son état de santé s'était aggravé et qu'elle avait toujours plus mal au dos en dépit des injections qui avaient été faites lors de son hospitalisation d'un mois à l'hôpital Beau-Séjour. Elle se plaignait de ne plus pouvoir s'occuper de ses enfants et demandait à ce qu'il soit procédé à de nouvelles injections.
15. Mandaté par l'OAI, le Dr H_____, rhumatologue, a procédé à une expertise de l'assurée. Dans son rapport établi le 27 avril 2009, il a noté que l'assurée se plaignait principalement de douleurs lombo-fessières droites et de cervicalgies. A l'examen clinique, elle avait adopté une attitude démonstrative avec "jump, signes, cris et pleurs". Il a diagnostiqué des lombalgies chroniques sur discopathie L5-S1 avec réaction inflammatoire de type Modic 1, avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble somatoforme douloureux persistant probable et des cervicalgies sur troubles dégénératifs modérés (protrusion discale C4-C5, C3-C4), sans répercussion sur la capacité de travail. Compte tenu de l'existence d'une discopathie persistante, il retenait des limitations dans les activités professionnelles contraignantes pour le dos (mouvements répétitifs du tronc, position penchée en avant, port de charges..) On pouvait s'attendre à une disparition progressive de la composante inflammatoire. Toutefois, l'évolution associée d'un syndrome douloureux somatoforme persistant semblait cristalliser l'assurée dans une attitude d'invalidé, ce qui rendait le pronostic sombre, même à moyen terme. La capacité de travail comme employée de blanchisserie était nulle. Elle restait entière à 100% dans une activité adaptée, principalement en position assise, avec possibilité d'alterner la position assise et debout, sans port de charges lourdes ou de mouvements répétitifs du dos. La diminution de rendement était de 10 à 15 % afin de permettre à l'assurée de changer de position fréquemment ou de faire de petites pauses. Des mesures de réadaptation étaient d'un point de vue médico-théorique envisageables. Toutefois, la présence d'un syndrome douloureux chronique et un état de forte démonstrativité à la douleur avec de nombreux signes de non-organicité faisaient craindre un échec de toute mesure de réinsertion professionnelle.
16. Dans un rapport du 14 mai 2009, les médecins du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG ont diagnostiqué une fibromyalgie, des lombalgies chroniques et des cervicalgies chroniques. L'anamnèse faisait état de lombalgies irradiant dans le M1 droit jusqu'au genou constantes, pulsatiles, en coups de poignard, associées à des cervicalgies irradiant dans le MS gauche et parfois des céphalées. Les douleurs aggravées par la position allongée empêchaient tout sommeil. La patiente évaluait leur intensité à 5/10 dans les meilleurs moments

et 9/10 dans les pires. Elle décrivait des impressions de douleurs thoraciques sous forme de serrement associées à une difficulté respiratoire et une impression de mort imminente qui intervenaient environ deux fois par semaine. Elle pouvait avec peine faire un peu de ménage léger, cuisiner pour ses enfants et les jours où les douleurs étaient moins fortes les accompagner au parc. Son score de 44% sur le questionnaire d'Oswestry était compatible avec un handicap sévère. Sur le plan de l'anamnèse psychosociale, ses scores d'anxiété (15) et de dépression (14) sur le HAD étaient élevés et son score sur l'index de dépression de Beck à la limite supérieure à 11. Du point de vue thymique, il était impossible pour la patiente de faire un lien entre l'humeur et le seuil de la douleur. Les médecins ont noté des auto-limitations massives de sa part durant tout l'examen clinique.

17. Par avis du 26 mai 2009, le Dr F_____ a considéré que dès février 2005, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité de blanchisseuse et de 85 à 90 % dans un poste adapté. Le trouble somatoforme douloureux n'était pas suffisamment grave pour engendrer une incapacité de travail. Des mesures professionnelles étaient contre-indiquées vu le comportement de l'assurée, car toute observation serait biaisée.
18. Par projet de décision communiqué à l'assurée le 27 mai 2009, l'OAI, faisant sienne les conclusions du F_____, a rejeté tout octroi de prestations. La comparaison des revenus (39'600.- dans l'ancienne activité, 39'051 fr. dans une activité adaptée selon l'enquête Suisse sur la structure des salaire et un abattement de 10%), conduisait à degré d'invalidité de 1%. Des mesures professionnelles étaient inadéquates, en raison de l'absence de certification reconnue.
19. Par courrier du 26 juin 2009, l'assurée, par le biais de son mandataire l'ASSUAS, a formé opposition à cette décision. Elle a considéré que l'OAI avait agi de manière arbitraire car elle s'était référée exclusivement aux avis des experts en omettant de prendre en compte l'avis de ses médecins traitants. Les conclusions du Dr H_____ étaient incohérentes. Alors qu'il faisait état d' un pronostic sombre, même à moyen terme, il retenait une capacité entière dans une activité adaptée.
20. Par avis du 6 juillet 2009, le Dr I_____ du SMR a confirmé l'avis du Dr F_____ et s'est rallié à celui des experts pour l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée, au motif qu'ils étaient plus neutres que ceux du médecin traitant.
21. Par décision du 10 juillet 2009, l'OAI a confirmé son projet du 27 mai 2009.
22. L'assurée a interjeté recours contre ladite décision le 14 septembre 2009, concluant à son annulation avec suite de frais et dépens et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle a considéré que, contrairement à l'avis de la Dresse G_____, elle remplissait toutes les conditions requises par la jurisprudence pour lui reconnaître l'existence d'une incapacité de travail en raison d'un trouble somatoforme douloureux. En effet, il résultait des divers rapports médicaux qu'elle

souffrait de lombalgies et cervicalgies chroniques, que ses douleurs physiques et morales étaient importantes, que sa symptomatologie n'avait subi aucune amélioration depuis des années, que son affection l'empêchait de s'occuper de son ménage et de ses trois enfants, qu'elle entraînait une perte d'intégration importante et qu'en dépit de son attitude coopérative, les divers traitements étaient un échec. Elle relevait son incapacité à travailler depuis plusieurs années en raison de la dégradation de son état physique et psychique.

23. Dans sa réplique du 6 octobre 2009, l'OAI a considéré que les expertises de la Dresse G_____ et du Dr. H_____ devaient se voir reconnaître pleine valeur probante. Le trouble somatoforme douloureux n'était pas invalidant, vu l'absence de comorbidité psychiatrique constatée par la Dresse G_____. L'assurée n'était de surcroît subjectivement pas susceptible d'être réadaptée.

24. En date du 23 février 2010, le Tribunal de céans a procédé à l'audition du Dr E_____ qui a déclaré être le médecin traitant de l'assurée depuis novembre 2006. Il s'est rallié aux diagnostics retenus par les Dr D_____ et H_____ mais a exclu toute simulation de la part de la patiente, tout en comprenant que l'on puisse être impressionné par certains mouvements de sa part. Dans leur rapport du 14 mai 2009, les médecins du Centre de la douleur des HUG ne mentionnaient du reste aucune exagération. Il a exclu toute activité dans une blanchisserie mais a admis que dans une autre activité légère, elle pourrait travailler à 50% mais certains jours seulement, ce qui impliquerait un important absentéisme. Il était difficile de trouver une activité adéquate vu l'absence de formation, le faible degré de scolarisation et le manque de maîtrise du français de l'assurée. Il a expliqué qu'en raison des effets secondaires sur le foie, le dosage antalgique était inférieur à ce qui est généralement prescrit, tout en relevant qu'on ne pouvait pas demander à un patient de se médicamenter, voire de se droguer, afin d'être apte au travail.

L'assurée a indiqué qu'elle ne pouvait rester ni assise, ni debout longtemps et confirmé qu'elle ne pouvait plus travailler.

25. L'OAI a persisté dans ses conclusions.

26. Sur ce, après transmission à l'assurée, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), 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; RS 830.1) qui sont relative à la loi fédérale sur l'assurances-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociale. 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 moments où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

En l'espèce, la décision litigieuse du 27 mai 2009 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives aux 4ème et 5ème révisions, entrées en vigueur respectivement en date des 1er janvier 2004 et 1er janvier 2008. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité supérieure à une demi-rente doit être examiné au regard des 4ème et 5ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

3. Le recours a été déposé dans les forme et délais prévus par la loi (art. 56 à 61 LPGA). Bien qu'interjeté en date du 14 septembre 2009 contre la décision de l'OAI du 10 juillet 2009 reçue le 14 juillet 2009, le recours respecte le délai de 30 jours puisque celui-ci ne court pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA). Il est dès lors recevable.
4. La question litigieuse vise à déterminer si l'assurée a droit à des prestations de l'assurance invalidité.
5. 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 art. 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 considérations, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale ou 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). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% 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 (art.28 LAI).

6. 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. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (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). 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 125 V 261 consid. 4 et les références ; 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 le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007 consid. 2.1).

7. L'assurée conteste les conclusions de l'intimé quant à sa capacité de travail, son médecin traitant ayant admis son impossibilité à travailler à plus de 50% dans une activité limitée.
8. Sur le plan somatique, les différents médecins consultés ont attesté de l'existence de lombalgies chroniques avec réaction inflammatoire de type Modic 1. Il n'est ainsi

pas contesté que l'assurée ne peut plus du tout exercer d'activité dans son métier de blanchisseuse.

Contrairement au Dr E_____, le Dr H_____ a conclu à une capacité de 100% dans une activité adaptée avec des limitations fonctionnelles et une diminution de rendement de 10-15%.

Le Tribunal de céans constate que, le rapport du Dr H_____, au contraire de celui du Dr E_____, se base sur une anamnèse complète et motivée et qu'il remplit tout les réquisits nécessaires selon la jurisprudence pour lui voir reconnaître pleine valeur probante. Il n'y a dès lors pas lieu de remettre en cause ses conclusions quant à la capacité de travail de l'assurée.

Cela étant, dans la mesure où l'intimé admet une capacité de travail de 85-90% dans une activité adaptée, c'est celle-ci qui sera retenue, car plus favorable à l'assurée.

9. Il n'est de surcroît pas contesté que l'assurée souffre d'un trouble somatoforme douloureux persistant. Seuls les médecins du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur ont évoqué l'existence d'une fibromyalgie. Ceci n'a cependant aucune incidence dans la mesure où selon la jurisprudence l'appréciation juridique du caractère invalidant de ces deux pathologies obéit aux mêmes critères (ATF 132 V 65).
 - a) Les atteintes à la santé psychiques peuvent, comme les atteintes physiques entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

La reconnaissance de l'existence 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 396 consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants en 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 nombre des critères dégagés par la jurisprudence, qui permettent de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan 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 malade 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 traitement ambulatoire ou stationnaire conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté.

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 insensibles l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 et les références citées).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT (Hrsg.), Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), 4e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 *in fine* et les références citées). 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).

Concernant l'état psychique cristallisé, 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), lorsque 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).

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 (ATA 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).

- b) Alors que les Drs G_____ et H_____ considèrent que le trouble somatoforme douloureux de l'assurée n'a aucun effet invalidant, le Dr E_____ limite sa capacité de travail à 50%.

Selon la jurisprudence, il y a généralement lieu d'accorder plus de poids à l'avis d'un spécialiste qu'à celui d'un médecin de famille dans l'appréciation de l'incapacité de travail, vu la relation de confiance qui unit celui-ci à son patient et l'amène en cas de doute à prendre parti pour lui (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Cela étant, ce n'est pas pour ce seul motif que le Tribunal de céans n'entend pas suivre l'avis du Dr E_____.

En effet, force est de constater que les conclusions de ce médecin, qui est par ailleurs spécialiste en chirurgie orthopédique, sont peu motivées en comparaison de celles de la Dresse G_____, qui, en sa qualité de médecin psychiatre, s'est fondée sur une anamnèse familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique complète de l'assurée. La Dresse G_____ n'a ainsi retenu aucune atteinte du registre psychotique, ni trouble grave de la personnalité permettant de conclure à l'existence d'une comorbidité grave. Les médecins du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG ont effectivement constaté chez la patiente, un an après son expertise, des scores d'anxiété et de dépression élevés. Ceux-ci ont toutefois été mis en relation avec la douleur et ne suffisent de ce fait pas pour fonder une comorbidité grave. Aucune perte d'intégration sociale de l'assurée n'a de surcroît été mise en évidence alors que ce critère est l'une des conditions nécessaires, au sens de la jurisprudence, pour admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux. Il n'y a pas non plus de constatation de l'existence d'un état psychique cristallisé, autre condition indispensable.

Les médecins ayant ausculté l'assurée ont par ailleurs révélé des discordances importantes entre son attitude et les éléments objectifs du status. Il n'y a ainsi pas lieu de suivre l'assurée lorsqu'elle reproche au Dr H_____ d'être contradictoire en émettant un pronostic sombre tout en admettant une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Le Tribunal de céans constate en effet que les conclusions de ce médecin concernant l'attitude de l'assurée qui se cristallise dans une idée d'invalidité et non pas son état. Ceci a du reste été relevé par l'ensemble des médecins, à l'exception du médecin traitant. Si l'on peut concevoir que, étant mandatés par l'assurance perte de gain ou par l'intimé, ceux-ci ont pu éventuellement faire preuve d'une certaine subjectivité dans leur appréciation, force est de constater que tel n'est pas le cas du Centre multidisciplinaire de la douleur des HUG, qui a pourtant fait état des nombreuses auto-limitations de l'assurée au cours de son examen.

Ces constatations conduisent à dénier tout caractère invalidant à la pathologie de l'assurée et à confirmer les conclusions de la Dresse G_____.

10. Reste à déterminer le degré d'invalidité de l'assurée.

L'art. 16 LPGA prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, 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.

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). 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 rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalidé 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 de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). 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 ou 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 75 consid. 5).

En l'occurrence, le calcul de l'intimé prend en considération un abattement supplémentaire qui tient compte de l'invalidité de l'assurée et de ses limitations et ne prête dès lors pas le flanc à la critique. Le taux obtenu est nettement insuffisant pour donner droit à une rente (art. 28 LAI). Il n'ouvre même pas le droit à une mesure de reclassement puisque le taux d'invalidité reconnu par la jurisprudence à cet effet consiste en une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références).

Une aide au placement ne se justifie pas davantage, l'assurée ayant à plusieurs reprises manifesté son désir de ne plus reprendre d'activité lucrative comme l'ont constaté notamment l'OCE et le Dr H_____.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200.- fr. à la charge de l'assurée.
4. 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 ; RS 173.110); 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

Nathalie LOCHER

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