

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3584/2013

ATAS/916/2014

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 août 2014

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Rosa GAMBÀ et Olivier LÉVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1965, ressortissante angolaise, veuve, mère de trois enfants nés respectivement le _____ 1986, _____ 1990 et _____ 1993, a obtenu un diplôme de cuisinière dans son pays. Arrivée en Suisse en 1999, elle a travaillé dans les nettoyages, puis comme pâtissière indépendante durant deux ans. Elle a repris le travail dans le secteur des nettoyages pour diverses entreprises à Genève et a travaillé en dernier lieu pour la société B_____ SA, à temps partiel.
2. Le 22 juillet 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé) en raison d'une incapacité de travail totale depuis le 18 février 2011.
3. Le 11 août 2011, le Professeur C_____, médecin-chef de service du service de radio-oncologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) a communiqué à l'OAI copie d'un rapport de contrôle du 5 mars 2009, selon lequel la patiente présentait deux cicatrices chéloïdiennes apparues sur deux blessures, traitées sans succès par des infiltrations d'azote liquide et des injections de stéroïdes, un status post-résection le 1^{er} octobre 2007, suivie de radiothérapie adjuvante. Une discordance entre les plaintes et l'examen clinique était relevée. Selon le praticien, le traitement délivré par ses soins était sans rapport avec un problème de santé pouvant conduire à une éventuelle invalidité.
4. Selon le rapport d'employeur du 29 août 2011, l'assurée a travaillé chez B_____ SA du 16 juin 2008 au 31 juillet 2011, à raison de 10 heures par semaine, pour un salaire horaire de CHF 18,20 de l'heure, plus 8,33% d'indemnités vacances et 4,16% de part au 13^{ème} salaire. L'assurée a présenté plusieurs incapacités de travail depuis 2009, en particulier une incapacité de travail de 100% du 28 janvier 2011 au 31 juillet 2011, date à laquelle l'employeur a résilié le contrat de travail.
5. Le docteur D_____ du service de chirurgie plastique et reconstructive des HUG a établi un rapport à l'attention de l'OAI en date du 1 septembre 2011. Il a indiqué que la patiente présentait des cicatrices chéloïdiennes sternales et des douleurs. S'agissant de la médication et des restrictions physiques, il renvoyait au service de la gestion de la douleur.
6. L'OAI s'est procuré copie du dossier de l'assureur perte de gain, Atupri. Le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine générale, a établi un rapport médical intermédiaire en date du 21 avril 2011. Il a diagnostiqué un syndrome douloureux chronique et prescrit un arrêt de travail de 100% depuis le 17 février 2011. Une reprise de travail à 100% a été prévue le 22 mai 2011, dans une activité plus légère, nécessitant moins de port de charges et d'activité physique.
7. Dans son rapport du 29 septembre 2011 à l'attention de l'OAI, le Dr E_____ a diagnostiqué un syndrome douloureux chronique neurogène (2007) sur cicatrices chéloïdes pré-sternales. Les douleurs ont nécessité plusieurs traitements. L'évolution semblait lentement favorable, mais une guérison totale ne semblait pas

possible. Les douleurs étaient exacerbées par les mouvements répétitifs qui tirent sur la musculature du thorax, comme par exemple passer l'aspirateur. La patiente devait éviter les mouvements qui sollicitent la musculature thoracique. Une réinsertion était à prévoir. Le médecin a décrit les limitations fonctionnelles suivantes : éviter la position debout, accroupie, à genoux, éviter les activités exercées principalement en marchant, le travail avec les bras au-dessus de la tête, de soulever et porter des charges, de monter sur une échelle. Les capacités d'adaptation et de résistance étaient limitées en raison des douleurs.

8. Le 12 octobre 2011, le Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur a communiqué à l'OAI copie de son rapport du 17 juin 2011 à l'attention du Dr D_____, signé par les docteurs F_____, médecin adjoint, G_____, médecin adjoint, H_____, chef de clinique, consultant anesthésiologie, et I_____, chef de clinique, psychiatrie de liaison. Les médecins ont diagnostiqué des douleurs d'allure neurogène dans un contexte de cicatrices chéloïdes pré-sternales. Une résection intra-chéloïdienne a été pratiquée en octobre 2007, suivie de séances de radiothérapie externe avec un bénéfice partiel de plusieurs années. Depuis janvier 2011, la patiente signale une réactivation des douleurs. Les médecins relevaient que du point de vue familial, le fils de 21 ans, pour lequel une démarche de mise sous tutelle a été entreprise, présente des troubles du comportement importants engendrant une surcharge psychique et émotionnelle très astreignante pour l'assurée. Du point de vue pharmacologique, les médecins ont conseillé l'adaptation des posologies de tramadol, la poursuite de l'amitriptyline à but antalgique, la posologie devant être augmentée par paliers progressifs. En complément, des traitements de physiothérapie sous forme de fascia-thérapie, mais surtout d'ergothérapie à visée de désensibilisation pourraient être bénéfiques. La symptomatologie douloureuse était probablement amplifiée par la souffrance importante générée par un contexte familial difficile et des éléments dépressifs ont été relevés chez la patiente, raison pour lesquelles les médecins ont proposé une prise de contact avec une assistante sociale et un soutien psychiatrique.
9. Selon une note d'entretien téléphonique du 25 octobre 2011 avec la caisse de chômage du SIT, le gestionnaire a relevé que l'assurée a été indemnisée une dernière fois en mars 2011, puis elle est sortie de la caisse et a été prolongée en raison de maladie. Le gain assuré s'élevait à CHF 2'238.-, l'assurée était inscrite pour un poste à 100%.
10. Dans un rapport médical intermédiaire du 17 février 2012, le Dr E_____ a indiqué que l'état de santé s'était aggravé empêchant la patiente d'accomplir les gestes nécessaires à la tenue de son ménage et que la patiente suivait un traitement à visée antalgique pure et aussi antidépresseur. Le pronostic était défavorable par rapport à l'évolution douloureuse. La patiente devait éviter tous mouvements mettant en tension de manière répétée la musculature de la cage thoracique. La capacité de travail était nulle, aussi bien dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. La compliance était optimale et il y avait une bonne concordance entre les plaintes

et l'examen clinique. Selon le Dr E_____, les troubles psychiques ne nécessitaient pas de prise en charge psychiatrique, une reprise de travail n'était pas envisageable et un examen médical complémentaire pas nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail.

11. Par communication du 30 août 2012, l'OAI a informé l'assurée que des mesures de réadaptation professionnelles n'étaient actuellement pas indiquées.
12. L'OAI a mandaté la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR) pour une expertise pluridisciplinaire. La CRR a rendu son rapport d'expertise en date du 4 juin 2013. Le docteur J_____, spécialiste FMH en médecine interne, expert principal, a procédé à l'anamnèse et l'examen clinique en date du 14 mai 2013, le docteur K_____, spécialiste FMH en neurologie, à l'expertise neurologique le 15 mai 2013, et le docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à l'expertise psychiatrique le 16 mai 2013. La CRR a rapporté des éléments ressortant du dossier SUVA, ne figurant pas dans le dossier AI. Lors de son hospitalisation à la CRR du 4 février 2004 au 2 mars 2004, la patiente avait fait l'objet d'un consilium psychiatrique en date du 9 février 2004 par le Docteur M_____, qui avait diagnostiqué un trouble de l'humeur sous forme de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive (F.43.2), à mettre en rapport avec ses difficultés existentielles et recommandé un suivi psychothérapeutique. Les experts de la CRR n'ont retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont diagnostiqué un état douloureux chronique diffus, une dysthymie, une hypertension artérielle, un trait thalassémique, un status post entorse du ligament latéral interne du genou gauche et un status post myomectomie utérine partielle. Sur le plan psychiatrique, l'examen n'a pas mis en évidence de signe notable de la lignée dépressive, pas même l'altération significative de l'humeur qui accompagne en général les troubles somatoformes douloureux. L'expert a relevé la notion d'anxiété épisodique, sans que ces épisodes témoignent d'une anxiété généralisée ou de crises d'angoisse significatives. Selon l'expert, la patiente présentait une dysthymie. L'absence de comorbidité psychiatrique sévère et le maintien d'une vie sociale pratiquement normale ne permettaient pas de retenir les critères de gravité selon la jurisprudence, dans le cadre d'un syndrome douloureux sans explication somatique. Sur le plan somatique, l'obésité et l'hypertension artérielle ont été relevées. La tachycardie sera explorée plus complètement par les cardiologues. Enfin, l'examen neurologique était strictement normal. Des discordances ont été observées, en particulier l'hyperesthésie à la mise sous tension de la peau disparaît lorsque l'on distrait la patiente. Il n'a pas été retrouvé de substrat neurologique aux plaintes douloureuses. Etant donné que de multiples tentatives thérapeutiques ont échoué, l'expert neurologue ne pouvait que suggérer que l'on teste éventuellement l'effet de l'hypnose.

Les experts ont conclu que l'incapacité de travail continue attestée par son médecin traitant à partir de février 2011 n'était pas, objectivement, justifiée par une

aggravation. Les douleurs sont devenues plus diffuses, mais elles n'ont pas de substrat organique et il n'y a pas de pathologie psychiatrique associée significative. Les autres diagnostics retenus sur le plan somatique justifient une prise en charge, mais ne sont pas incapacitants. La capacité de travail était entière dans l'activité antérieure, sans diminution de rendement, la seule limitation étant d'éviter la position à genoux prolongée. Un réentraînement au travail était certainement indispensable en pratique.

13. Le 17 juillet 2013, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision de refus de prestations, auquel elle s'est opposée en produisant un certificat médical de son médecin traitant la doctoresse N_____, médecin praticien FMH.
14. Par décision du 18 octobre 2014, l'OAI a refusé l'octroi de prestations à l'assurée, se référant à l'expertise médicale. Le certificat médical de la Dresse N_____ contient des éléments médicaux déjà pris en compte par les experts.
15. Par acte du 6 novembre 2013, l'assurée a interjeté recours, contestant les conclusions de l'intimé. Elle a allégué en substance que son état de santé l'empêchait de vaquer à la plupart de ses occupations et de s'occuper correctement de son ménage. Elle s'est référée au certificat médical de la Dresse N_____, corroborant ses propos. La recourante a conclu à l'annulation de la décision querellée et à la reconnaissance d'une invalidité à 100%, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise indépendante.
16. Dans sa réponse du 9 décembre 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours, se référant à l'expertise de la CRR qui doit se voir reconnaître pleine valeur probante.
17. Une audience de comparution personnelle des parties a été fixée au 5 mars 2014, à laquelle la recourante ne s'est pas présentée.
18. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.
19. Par courriers des 20 mars et 14 avril 2014, la recourante s'est encore exprimée sur ses douleurs et son impossibilité de s'investir dans les activités.
20. L'intimé, dans son écriture du 15 avril 2014, a persisté dans ses conclusions.
21. Après communication de cette écriture à la recourante, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

-
2. a) A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

b) Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1^{er} janvier 2004, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1^{er} janvier 2012, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

3. Le litige porte sur le droit aux prestations de l'assurance-invalidité de la recourante, singulièrement sur son degré d'invalidité.

4. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

b) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

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 (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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 273 consid. 4a). 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 (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

5. a) Les atteintes à la santé psychique 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2)

- b) 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). 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 (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_387/2009 du 5 octobre 2009 consid. 3.2).

Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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) (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 (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 590/05 du 27 février 2007 consid. 3.1).

A l'inverse, 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 (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment Horst DILLING / Werner MOMBOUR / Martin SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4^{ème} 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 497/04 du 12 septembre 2005 consid. 5.1).

c) Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de 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. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b). L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5). Ainsi, les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1) au syndrome de fatigue chronique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3), de neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5), d'anesthésie dissociative et d'atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007, consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4) et de traumatisme du type "coup du lapin" (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3).

6. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3).

b) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. 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 351 consid. 3b/ee).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment

pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

7. En l'espèce, la recourante souffre de douleurs suite à des cicatrices chéloïdiennes sternales. Le Dr E_____, médecin traitant, a diagnostiqué un syndrome douloureux chronique neurogène sur cicatrices chéloïdes pré-sternales et prescrit un arrêt de travail à 100% depuis le 17 février 2011. Le 17 février 2012, il a indiqué que la symptomatologie s'était progressivement aggravée, empêchant la patiente d'accomplir les gestes nécessaires à la tenue de son ménage. Dans leur rapport du 17 juin 2011, les médecins du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur ont diagnostiqué des douleurs d'allure neurogène dans un contexte de cicatrices chéloïdes pré-sternales, probablement amplifiées par la souffrance importante générée par un contexte familial difficile et ont relevé des éléments dépressifs. Ils ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail, ni sur les limitations.

Selon le Prof. O_____, le traitement des cicatrices chéloïdiennes apparues sur deux blessures sont sans rapport avec un problème de santé pouvant conduire à une éventuelle invalidité. Lors de la consultation du 5 mars 2009, il ne voyait pas d'indication à pratiquer une nouvelle intervention chirurgicale suivie d'une radiothérapie, alors que les lésions n'étaient pas chéloïdiennes. Il existait en effet une discordance entre les plaintes de la patiente et l'examen clinique.

Afin de clarifier la situation médicale, l'intimé a confié une expertise pluridisciplinaire à la CRR. Dans leur rapport du 4 juin 2013, les experts n'ont retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sont, sur le plan psychiatrique, une dysthymie, et sur le plan somatique, un état douloureux chronique diffus, une hypertension artérielle, un trait thalassémique, un status post entorse du LLI (ligament latéral interne) du genou gauche et post myomectomie utérine partielle. L'expert psychiatre a noté au status psychiatrique que la recourante ne présentait pas de trouble de mémoire, ni de ralentissement psychomoteur, ni d'agitation. Il n'a pas retrouvé de trouble du cours ou du contenu de la pensée. La collaboration était douteuse. Le moral était préservé, il n'y avait pas de repli social, ni de perte d'estime d'elle-même, le sommeil était déclaré comme fluctuant. Il a mis en évidence l'existence d'éléments en faveur d'angoisses itératives qui passent seules, sans élément en faveur d'agoraphobie, de claustrophobie, de phobie sociale, de crises d'anxiété généralisé, de la lignée obsessionnelle. L'examen n'a pas retrouvé de signe floride de la lignée psychotique, ni de critères de trouble de la personnalité. Dans l'appréciation du cas, le psychiatre a mis en évidence un tableau de dépression chronique dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger. La symptomatologie algique pourrait faire envisager un diagnostic de trouble somatoforme, mais il n'était pas incapacitant, dès lors que les critères de l'existence d'une comorbidité psychiatrique manifeste n'est pas retrouvée, l'affection chronique s'étendant sur

plusieurs années sans rémission durable n'est pas envisageable, la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie pas retrouvée et l'échec au traitement ne peut être envisagé. Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique et la capacité de travail était totale, dans toute activité.

L'examen neurologique était dans les limites de la norme. L'expert a indiqué qu'il lui était difficile de trouver une explication aux plaintes de la patiente et de justifier de telles limitations, à la fois dans les activités quotidiennes de la patiente et également professionnelles. Il n'avait pas de proposition thérapeutique particulière à formuler, tout au plus une discussion quant à un traitement par hypnose.

Les experts sont parvenus à la conclusion que l'incapacité de travail continue attestée par le médecin traitant à partir de février 2011 n'est objectivement pas justifiée par une aggravation. Les douleurs sont devenues plus diffuses, mais elles n'ont pas de substrat organique et il n'y a pas de pathologie psychiatrique associée significative. Les autres diagnostics retenus sur le plan somatique, en particulier l'hypertension et le fibrome utérin probablement en partie restant, justifient une prise en charge mais ne sont pas incapacitants. La capacité de travail est entière dans toute activité.

La chambre de céans constate que la recourante a fait l'objet d'un examen clinique par trois médecins spécialistes en date des 14 mai, 15 mai et 16 mai 2013, que l'expertise comporte une anamnèse familiale, psycho-sociale et professionnelle complète et détaillée, de même qu'une anamnèse des maladies et accidents, que les plaintes ont été prises en comptes, que le status clinique a été clairement exposé et que les experts ont procédé à une appréciation et discussion du cas en se fondant sur un dossier complet. Leurs conclusions sont motivées, claires et convaincantes, exemptes de contradictions. De plus, les constatations neurologiques rejoignent celles du Prof. O_____. Il s'ensuit que l'expertise remplit tous les réquisits permettant de lui attribuer pleine valeur probante, de sorte que la chambre de céans n'a aucun motif lui permettant de s'écarter des conclusions des experts.

En particulier, le contenu du certificat médical établi par la Dresse N_____, nouveau médecin traitant de la recourante, ne contient aucun élément qui n'aurait pas été pris en compte par les experts. Son appréciation divergente quant à la capacité de travail de la recourante ne permet pas de remettre en cause celle des experts.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que la recourante ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante et que la capacité de travail est totale dans toute activité, sans diminution de rendement.

8. Le recours, mal fondé, est rejeté.
9. Au vu du sort du litige, l'émolument, fixé à CHF 200.-, est mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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