

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3937/2006

ATAS/749/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 24 juin 2008

En la cause

Madame M_____, domiciliée à VERNIER

recourante

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Madame M_____, d'origine portugaise, en Suisse depuis août 1980, sans activité lucrative depuis 1997, a déposé le 15 juillet 2003 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à l'octroi d'une rente d'invalidité.
2. Le Dr A_____, généraliste, a indiqué dans un rapport adressé à l'OCAI le 29 août 2003, que sa patiente souffrait d'une obésité importante, d'une gonarthrose sur excès pondéral avec ménisques dégénératifs et d'une chondropathie rotulienne. Il a estimé son incapacité de travail à 100% du 1^{er} juillet au 2 décembre 2001 et à 50% du 3 décembre au 17 décembre 2001, étant précisé qu'il n'avait plus revu cette patiente depuis cette date.
3. Le Dr B_____, spécialiste FMH en médecine interne, a déclaré, par courrier du 11 septembre 2003, que l'assurée l'avait consulté du 28 janvier 1997 au 21 août 2003. Il a confirmé que l'assurée était atteinte d'une obésité morbide depuis sa jeunesse avec de nombreux régimes et nombreuses rechutes, et finalement gastroplastie par banding, qu'elle souffrait de gonalgies depuis plusieurs années et que le bilan radiologique effectué en 2001 témoignait d'une gonarthrose bilatérale qui rentrait dans le cadre des comorbidités de son obésité, qu'elle se plaignait également de douleurs non systématisées récurrentes des épaules, du rachis, des régions per-trochantériennes, des coudes et des chevilles. Le médecin a relevé que cette symptomatologie fluctuante évoquant un trouble somatoforme était accompagnée d'une asthénie générale et parfois d'irritabilité.
4. Interrogée par l'OCAI, l'assurée a indiqué que si elle avait été en bonne santé elle exercerait une activité lucrative en qualité de lingère ou d'aide hospitalière à 100%, pour des questions financières.
5. Le Dr C_____ du Service médical régional AI (SMR) a examiné l'assurée le 17 mai 2005 et constaté que les pathologies dont elle souffre n'entrent pas dans le cadre de l'AI et que les critères de Mosimann ne sont pas réalisés. Selon lui, il n'y a pas d'affection chronique si ce n'est l'obésité, et pas de perte d'intégration sociale.
6. Par décision du 16 juin 2005, l'OCAI a informé l'assurée que sa demande était rejetée, au motif que l'obésité n'était pas une maladie au sens de l'assurance-invalidité et que les critères objectifs nécessaires à la reconnaissance d'un syndrome somatoforme douloureux (critères de Mosimann) n'étaient pas réunis.
7. L'assurée a formé opposition le 18 juillet 2005 contre ladite décision.
8. Par décision du 24 août 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition et confirmé sa décision de refus de rente.

9. L'assurée a interjeté recours le 21 septembre 2005 contre ladite décision, indiquant qu'elle était suivie par la Dresse D _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
10. Dans un rapport du 13 novembre 2005, la Dresse D _____ a posé, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, ceux de trouble délirant persistant depuis quelques mois, syndrome somatoforme douloureux persistant depuis 1997, trouble de la personnalité paranoïaque depuis le début de l'âge adulte, obésité morbide depuis 1975, gonarthrose bilatérale depuis 2001, et à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ceux de rhinite allergique depuis 1980, HTA depuis 1997, status post-cholécystectomie depuis 1998, status post-cure tunnel carpien gauche depuis 1999, status post-gastroplastie (anneau gastrique) depuis 2000.

A la rubrique "constatations objectives", le médecin a fait notamment état d'un délire érotomane à l'égard d'un voisin policier qui surveillerait sa ligne téléphonique.

Elle a considéré que sa patiente présentait une incapacité de travail de 100% depuis le 3 septembre 2005.

11. Invité à se déterminer, le Dr C _____, dans un avis non signé du 8 décembre 2005, a jugé utile de soumettre l'assurée à une expertise psychiatrique.
12. Par décision du 9 décembre 2005, l'OCAI a dès lors annulé ses décisions des 16 juin et 24 août 2005 et prononcé le renvoi de la cause pour reprise de l'instruction et nouvelle décision.
- 13: Par arrêt du 22 décembre 2005, le Tribunal de céans a constaté que le recours était devenu sans objet et a rayé la cause du rôle.
14. Mandaté par l'OCAI, le Dr E _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport d'expertise le 12 juin 2006. Il n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail, se bornant à poser celui, sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble somatoforme douloureux. Il dit avoir interrogé l'assurée quant au délire érotomane sur un voisin évoqué par la Dresse D _____ et rapporte que selon l'assurée, la psychiatre n'a rien compris. Il indique que le principal mécanisme de défense psychologique à caractère inconscient mis en exergue par l'assurée tout au long de l'entretien est celui d'agression passive ou retournement contre soi-même.
15. Dans un avis à nouveau non signé du 5 juillet 2006, le Dr C _____ a relevé que selon l'expert, l'assurée ne prenait aucun médicament, se montrait démonstratrice et se lamentant, ne présentait aucun trouble formel de la pensée ni de lignée

psychotique, n'avait pas d'idée délirante ni de trouble de la perception sous la forme d'hallucination, n'avait pas d'idée de "concernement" ni d'interprétation simple ou à caractère délirant. Il a constaté qu'elle présentait un comportement vindicteur, qu'elle voulait obtenir une rente AI et se disait prête à faire le nécessaire. En résumé, l'expert n'a trouvé, du point de vue psychiatrique, aucune atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail, ni aucune limitation fonctionnelle. Le Dr F_____ en a conclu que son rapport d'examen du 17 mai 2005 restait valable.

16. Dans un projet de décision du 17 juillet 2006, l'OCAI, constatant que l'expert mandaté ne retenait aucune atteinte psychiatrique justifiant une incapacité de travail, a rejeté la demande de prestation AI.
17. Par courrier du 5 août 2006, l'assurée a contesté ce projet.
18. Par décision du 26 septembre 2006, l'OCAI a confirmé le rejet de la demande.
19. L'assurée a interjeté recours le 24 octobre 2006 contre ladite décision, alléguant que tous les médecins consultés avaient constaté qu'elle souffrait de fibromyalgie, d'arthrose précoce, de trouble bipolaire et de maladie psychosomatique.
20. Dans sa réponse du 6 novembre 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours.
21. La Dresse D_____ a été entendue le 24 avril 2007 par le Tribunal de céans. Elle a expliqué que l'assurée l'avait consultée de septembre 2005 à août 2006, date à laquelle celle-ci lui avait confié qu'elle ne voyait plus la nécessité de poursuivre le traitement puisque l'expert mandaté par l'AI avait conclu à l'absence de troubles. La Dresse D_____ a confirmé que l'assurée souffrait d'un trouble de la personnalité paranoïaque qui rend difficiles les relations avec autrui. Elle est extrêmement méfiante, repliée sur elle-même. Elle est projective, ce qui signifie qu'elle attribue aux autres les sentiments qu'elle ressent. La Dresse D_____ n'a en revanche pas confirmé le trouble délirant persistant, considérant qu'il conviendrait d'investiguer de façon plus approfondie sur ce point. Après qu'il lui ait été lu quelques extraits du rapport d'expertise du Dr E_____ du 12 juin 2006, la Dresse D_____ a fait part de son désaccord, affirmant que selon elle, l'assurée ne pourrait pas fonctionner correctement dans le cadre d'une activité lucrative en ce sens qu'elle ne pourrait pas entretenir de relations normales avec un employeur ou des collègues de travail. S'agissant de l'agression passive - ou retournement contre soi-même - évoquée par le Dr E_____, elle déclare que c'est exactement ce qu'elle-même a constaté, soit une perception hostile de l'entourage avec déformation perceptive de la réalité et mode de défense de clivage et projection. La Dresse D_____ a ajouté que l'assurée vivait en symbiose avec sa fille, n'avait ni réseau social ni activité, et qu'elle était d'une façon générale toujours réticente à prendre des psychotropes.

Lors de la comparution personnelle des parties tenue le même jour, l'assurée a rappelé qu'avant l'atteinte à la santé, elle était quelqu'un de très social, qu'elle s'occupait de bénévolat ou assistait à des séances du conseil municipal et qu'à présent elle ne pouvait plus rien faire. Elle a rapporté, à titre d'exemple, le fait qu'elle n'avait même pas pu assister à un spectacle auquel participait sa fille dans le cadre de l'école. Elle a ajouté qu'elle ne voyait pas ce que pourrait lui apporter un suivi psychiatrique.

22. Par arrêt du 16 mai 2007, le Tribunal de céans a ordonné une expertise psychiatrique afin qu'il soit plus particulièrement déterminé si l'assurée souffre ou non de troubles psychiques et plus particulièrement d'une comorbidité psychiatrique, d'une acuité d'une durée importante dont la présence est exigée pour apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Le mandat d'expertise a été confié au Dr G _____, psychiatre.

Celui-ci a établi son rapport d'expertise le 9 novembre 2007. Il a retenu les diagnostics suivants ayant une répercussion sur la capacité de travail :

- trouble mixte de la personnalité pour lequel on retrouve à la fois des traits histrioniques (dramatisation, expressivité émotionnelle, affectivité superficielle et labile et comportement relationnel inapproprié) et des traits paranoïaques (sensibilité aux rebuffades, caractère méfiant et soupçonneux et projectivité). Ce trouble remonte à l'enfance ou l'adolescence et est assimilé à un trouble du développement qui se poursuit à l'âge adulte.
- dysthymie. L'intensité est légère mais la présence de ce trouble est signalée dans le passé de manière continue tant par le Dr B _____ que par la Dresse D _____. L'expert relève que l'assurée en nie l'existence.

et à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, celui de syndrome somatoforme persistant. La présence de ce trouble est favorisée par le processus de conversion existant dans l'histrionisme, celui-ci consiste en la présence d'une douleur interne et persistante, s'accompagnant d'un sentiment de détresse non expliqué entièrement par un processus physiologique et survenant dans un contexte de conflit émotionnel et de problèmes psychosociaux.

L'expert dit n'avoir trouvé aucun signe de fonctionnement psychotique et écarté le diagnostic de trouble délirant persistant posé par la Dresse D _____.

Il a estimé que la capacité de travail de l'assurée sur le plan psychique était diminuée de l'ordre de 25% dans son activité habituelle, compte tenu de l'intensité de la dépression qui reste légère associée au trouble mixte de la personnalité. Sur le plan social, il a constaté que l'assurée n'avait quasi plus de relations sociales (l'intégration sociale semble se limiter à la relation avec sa fille), qu'ainsi, il

considère que son mode d'entrer en relation avec autrui est perturbé mais fonctionne encore.

23. Invitée à se déterminer, l'assurée a, par courrier du 15 décembre 2007, a contesté certains points relevés par l'expert, notamment lorsque celui-ci déclare que son père était une personne absente alors qu'il était toujours présent et considère que l'expert l'a "vraiment mal jugée". Elle lui reproche également de n'avoir pas tenu compte de sa rupture sociale, soulignant qu'il lui arrive de perdre le contrôle d'elle-même avec son assistant social et le fait que ses relations soient "très perturbées à grande échelle". Elle considère que tous les critères de l'étude de Mosimann sont dans son cas réalisés, se demandant quel patron l'engagerait, "en sachant que je ne pourrais rien faire", vu ses capacités diminuées.
24. Le Dr C_____ du SMR a également fait part de ses observations, dans une note du 11 décembre 2007. Il considère que "bien que cette problématique psychiatrique existait déjà lorsque l'assurée travaillait encore, on peut admettre que ses capacités adaptatives ont diminué et que sa capacité de travail de ce fait a également diminué et l'on peut admettre qu'en raison de ces divers troubles sa capacité de travail ait diminué de 25% dans son activité habituelle de lingère ou d'aide ménagère. L'assurée se positionne en victime, revendicatrice et projective et un traitement psychiatrique ne peut amener que peu de résultats. Le trouble somatoforme douloureux est favorisé par le processus de conversion existant dans l'histrionisme et n'est pas invalidant en soi et comme mentionné plus haut, ajouté à la dysthymie et au trouble de personnalité, ces trois entités surajoutées entraînent une diminution de la capacité de travail de 25%. Cette nouvelle expertise montre que néanmoins l'assurée peut travailler dans son activité habituelle à 75% et en fait proche de l'expertise de 2006, puisque le caractère histrionique et paranoïaque de l'assurée est bien relevé. Seule l'interprétation sur la capacité de travail diffère légèrement puisque la nouvelle expertise admet une légère diminution de la capacité de travail et on peut maintenant l'admettre puisque les capacités adaptatives de l'assurée ont diminué ces derniers temps".
25. Le 13 décembre 2007, l'OCAI a déclaré se rallier intégralement à l'avis du SMR.
26. Les écritures de l'assurée ont été transmises à l'OCAI, qui a, le 31 janvier 2008, maintenu ses conclusions.
27. L'assurée, à laquelle un délai au 31 janvier 2008 avait été accordé, ne s'est pas manifestée.
28. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités).

Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse a été rendue en date du 26 septembre 2006 et statue sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2003. Le présent litige sera dès lors examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Enfin, s'agissant des modifications de la LAI du 21 mars 2003, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, elles seront citées dans la mesure de leur pertinence.

3. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

4. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité.
5. L'art. 4 al. 1 LAI définit l'invalidité comme étant 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 (8 LPGA).
6. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il-elle est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il-elle est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il-elle est invalide à 40% au moins.
7. 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 comorbidité 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 œuvre 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).

9. 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).

10. Il y a lieu de rappeler à ce stade que lorsqu'il apprécie des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la

jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

11. En l'espèce, les médecins traitants ont posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, diagnostic confirmé par l'expert mandaté par l'OCAI, le Dr E_____, le 12 octobre 2006, puis par le Dr G_____, dans son rapport d'expertise du 9 novembre 2007.

Ils estiment l'incapacité de travail de leur patiente à 100%. Selon le Dr E_____, en revanche, l'assurée ne présente aucune atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail ni aucune limitation fonctionnelle. Le Dr G_____ quant à lui a considéré que la capacité de travail de l'assurée était diminuée d'environ 25%, ce dont le Dr C_____ du SMR a tenu compte et expressément admis dans sa note du 11 décembre 2007.

12. La jurisprudence exige la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante pour qu'un trouble somatoforme douloureux soit considéré comme invalidant.

Les avis de la Dresse D_____ et du Dr E_____ divergeaient à cet égard. La Dresse D_____ faisait état d'un trouble délirant persistant depuis plusieurs mois et d'un trouble de la personnalité paranoïaque dès le début de l'âge adulte. Entendue par le Tribunal de céans, elle a confirmé la présence d'un trouble de la personnalité paranoïaque, insistant sur le fait qu'il ne s'agissait pas simplement d'un trait de la personnalité paranoïaque; elle a en revanche abandonné le diagnostic de trouble délirant persistant, considérant que ce point devrait être approfondi le cas échéant. C'est ainsi qu'elle a posé le diagnostic de trouble de la personnalité paranoïaque. Ce comportement d'agression passive n'a en revanche pas paru suffisant au Dr E_____ pour retenir le diagnostic de trouble de la personnalité paranoïaque.

Le Dr G_____ a également considéré que l'assurée ne souffrait que d'un trouble mixte de la personnalité avec des traits histrioniques et paranoïaques. Il a écarté le diagnostic d'un trouble délirant.

Le Dr E_____ considère ainsi que l'assurée ne présente aucune comorbidité psychiatrique; il n'a en particulier pas trouvé de signes de symptôme parlant en faveur d'un trouble délirant ou d'une autre pathologie psychiatrique, bien que l'attitude et le comportement de l'assurée lui aient paru assez étrange comme si elle voulait qu'une maladie soit décelée, mais en même temps disant qu'elle est mal physiquement et qu'elle n'a pas besoin d'un psychiatre. Le Dr G_____ non plus n'a pas trouvé de signe de fonctionnement psychotique.

Il apparaît ainsi que même s'il n'est pas question de nier l'existence de trouble de la personnalité chez l'assurée, celle-ci ne présente pas une comorbidité psychiatrique grave d'une acuité et d'une durée importantes au sens de la jurisprudence, si bien que les troubles ne justifient pas à eux seuls d'admettre qu'elle n'est pas en mesure d'accomplir les efforts de volonté permettant de surmonter ces douleurs et de réintégrer un processus de travail.

Reste à examiner les autres critères consacrés par la jurisprudence, dont l'existence permet d'admettre le caractère non exigible de la reprise de travail. On ne voit pas que l'assurée réunit en sa personne plusieurs de ceux-ci, ou du moins pas dans une mesure très marquée, qui fonde un pronostic défavorable s'agissant de la reprise d'une activité professionnelle. Le critère relatif aux affections corporelles chroniques (1) apparaît comme réalisé, l'assurée souffrant depuis plusieurs années de douleurs non systématisées récurrentes des épaules, du rachis, des régions per trochantériennes, des coudes et des chevilles.

S'agissant du critère relatif à la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (2), il y a lieu de relever que le Dr E_____ dans son expertise ne donne aucune indication à cet égard, sinon que sur le plan social aucune limitation n'est à signaler. La Dresse D_____ a constaté une méfiance importante, un retrait social, ainsi qu'une relation fusionnelle avec sa fille. L'assurée a confirmé lors de la comparution personnelle des parties ses difficultés à entrer en relation avec autrui. Le Dr G_____ décrit une quasi absence de relations sociales mais relève que le mode d'entrer en relation avec autrui fonctionne encore. Quoi qu'il en soit, même si l'on admettait que ce critère soit présent, il ne suffirait pas à lui seul à fonder un pronostic défavorable quant à la reprise d'une activité professionnelle au sens de la jurisprudence.

Il y a en effet lieu de constater que l'assurée ne consulte plus la Dresse D_____ depuis août 2006, ni même le Dr B_____. Celui-ci lui prescrivait un médicament associant un antidépresseur et un neuroleptique. L'assurée s'est d'une façon générale toujours montrée réticente à suivre un traitement médicamenteux à base de psychotropes. Aussi ne saurait-on parler d'un état psychique cristallisé, ni d'échecs de traitements (3 et 4). Il apparaît ainsi que l'assurée n'a pas épuisé toutes ses ressources adaptatives.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que les troubles psychiques en cause ne se manifestent pas avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, ils excluent toute mise en valeur de sa capacité de travail. Au contraire, il y a lieu d'admettre le caractère exigible d'un effort de volonté de sa part en vue de surmonter la douleur et de se réinsérer dans un processus de travail. En l'absence de comorbidité psychiatrique, d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes au sens de la jurisprudence, l'incapacité de travail résultant de tels troubles s'évalue en effet à la lumière de critères jurisprudentiels et non plus en regard des seules conclusions médicales dont il est dès lors possible de s'écarter.

Il a été admis que l'assurée présentait une incapacité de travail de 25% dans son activité de lingère, soit un degré d'invalidité correspondant, qui ne suffit pas à justifier l'octroi d'une rente d'invalidité.

Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis 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); 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

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