

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4259/2007

ATAS/433/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 14 avril 2008

En la cause

Madame S _____, domiciliée au LIGNON, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Me BROTO-ANGHELOPOULO
Diane

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame S_____ (l'assurée), divorcée depuis novembre 1997, mère de deux filles nées en 1962 et 1977, de nationalité Suisse depuis 1976, auparavant domiciliée en Afrique du sud, est entrée en Suisse en 1988.
2. L'assurée a une formation de secrétaire et a exercé plusieurs activités lucratives de 1963 à 1976, en tant que réceptionniste / secrétaire puis de 1982 à 1986 comme assistante de gestion dans un magasin.
3. L'assurée s'est inscrite à l'Office cantonal de l'emploi le 11 octobre 1995; elle a travaillé dans le cadre d'un emploi temporaire du 12 juillet 1999 au 11 juillet 2000 comme aide jardinière puis comme buraliste pendant quatre mois pour X_____ SA et s'est réinscrite à l'OCE le 12 juillet 2000. L'assurée a ensuite bénéficié du RMCAS du 1^{er} juillet 2002 au 30 juin 2004.
4. Le 18 septembre 2002, le Dr A_____, FMH médecine interne et rhumatologie, a diagnostiqué une fibromyalgie. La patiente souffrait de douleurs diffuses évoluant depuis plusieurs années, associées à une asthénie, des troubles du sommeil, des céphalées et des sensations d'engourdissement variables.
5. Le Dr B_____, FMH médecine interne, a attesté d'une incapacité totale de travail depuis le 11 février 2003, pour une durée indéterminée.
6. Du 17 au 27 mars 2003, l'assurée a séjourné au service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) pour prise en charge de la fibromyalgie. Il a été diagnostiqué en plus de cette affection une hyperparathyroïdie primaire, une ostéoporose diffuse et une hypertension artérielle.
7. Le 14 avril 2004, l'assurée a été opérée par le Dr C_____, médecin adjoint au service de chirurgie thoracique des HUG, lequel a pratiqué une adénomectomie parathyroïdienne supérieure gauche.
8. Le 4 juin 2004, le Dr B_____ a répondu à une demande de renseignement d'ASSURA, caisse-maladie de l'assurée.

Il a été diagnostiqué une fibromyalgie et une hyperparathyroïdie opérées récemment ainsi que de l'ostéoporose et relève que l'assurée souffrait de douleurs multiples depuis des années, rendant, entre autres, la marche difficile.

9. Le 25 janvier 2005, l'assurée a déposé une demande de prestation de l'assurance-invalidité.

10. Le 4 mars 2005, l'assurée a indiqué à l'office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) qu'en bonne santé, elle exercerait une activité à temps plein de secrétaire ou "jardinière légère" en raison de besoins financiers.
11. Le 23 mars 2005, le Dr B_____ a rempli un rapport médical AI dans lequel il diagnostique une fibromyalgie et un état dépressif existant depuis 8 ans, ainsi qu'une hyperparathyroïdisme primaire opérée le 14 avril 2004. Elle souffrait également hypertension, d'obésité avec hypercholestérolémie et ostéoporose. L'incapacité de travail était totale depuis le 11 février 2003. Il suivait la patiente depuis 2002 et rien ne changeait vraiment depuis cette date. L'activité de jardinière pratiquée dans le cadre d'un emploi temporaire n'était plus exigible en raisons de douleurs à la hanche et celle de secrétaire non plus, l'assurée ne maîtrisant pas assez le français, ayant 60 ans et aucune autonomie physique.
12. Le 29 mai 2007, le Dr B_____ a écrit au Centre d'expertise médicale de Champel - 1206 Genève (CEM), qu'il avait vu ce jour l'assurée qui souffrait d'une fibromyalgie et d'un état dépressif qui s'aggravaient. Le handicap augmentait et était actuellement associé à un état d'épuisement.
13. Le 4 juin 2007, à la demande de l'OCAI, le CEM a rendu un rapport d'expertise interdisciplinaire signé par les Dresses D_____, médecin-chef adjointe, et E_____, FMH médecine physique et réadaptation-rhumatologique, ainsi que le Dr F_____, médecin-chef, fondé notamment sur un examen rhumatologique du 7 décembre 2006 et un examen psychiatrique du 15 janvier 2007.

L'assurée se plaignait de céphalées plusieurs fois par semaine, d'une sensation de brûlure aux pieds et de perte de sensibilité des mains avec lâchage d'objets, de douleurs partout, en particulier aux hanches, à la base des cervicales et aux épaules, de difficultés à la marche, de cauchemars et de grave difficulté à se lever le matin. Elle avait adapté toutes les tâches journalières à ses douleurs, en les effectuant très lentement. Elle avait de très bons contacts avec ses filles, domiciliées à proximité, mais très peu de contacts autrement.

L'examen psychiatrique effectué par le Dr G_____ relève que les plaintes algiques sont au premier plan et qu'il n'y a pas de plainte psychique spontanée. Il n'y avait pas de trouble douloureux somatoforme persistant, de somatisation ou d'amplification des symptômes pour raison psychiatrique. L'assurée avait peu de ressources personnelles et une personnalité aux traits histrioniques. L'expert précise que l'entretien se déroule en français, que l'assurée ne présente pas de problème manifeste de compréhension, qu'en revanche, elle a quelques difficultés à s'exprimer en français et utilise alors l'anglais.

Le diagnostic de syndrome fibromyalgique n'était pas retenu, car les points n'étaient pas retrouvés, la topographie des douleurs à l'examen très diffuse et il y avait des

contradictions dans la description des autres symptômes accompagnants. Il n'y avait pas de limitation de la capacité de travail pour les tâches légères.

Les céphalées étaient d'origine psychogène associées à des crispations de la musculature des trapèzes et non limitante de la capacité de travail. Comme seul déficit objectif, il y avait une diminution modérée de la pallesthésie aux poignets et aux membres inférieurs qui pourrait, en raison d'aggravation, justifier la recherche d'une neuropathie périphérique.

L'ostéoporose empêchait toute activité lourde, notamment des mouvements répétitifs du rachis, des soulèvements de charge depuis le sol ou le port de charge de 10 kg ou encore une activité à risque de chute ou de choc. L'assurée pouvait exercer une activité de bureau 8h par jour, depuis toujours.

Le pronostic médical n'était pas mauvais, mais l'assurée avait de faibles ressources propres, n'avait pas travaillé depuis longtemps, était d'un âge proche de la retraite et présentait des traits de personnalité histrionique, ce qui rendait le pronostic d'une réinsertion professionnelle très défavorable.

14. Du 18 au 28 juin 2007, l'assurée a séjourné dans le service de rhumatologie des HUG à la demande du Dr B_____ en raison de la persistance de la symptomatologie invalidante, malgré le traitement en piscine et antalgique.

Elle présentait un tableau de fibromyalgie avec les points typiques sensibles, sans autres causes sous-jacentes. Elle avait été suivie à sa demande par des psychiatres, mais n'était pas réceptive à la prise d'un traitement anti-dépresseur.

15. Le 13 juillet 2007, le Dr B_____ a écrit à l'OCAI que l'assurée avait été hospitalisée du 18 au 28 juin 2007 pour décompensation de la fibromyalgie sous-jacente connue depuis 2002.
16. Le 10 août 2007, le Dr H_____, du SMR a estimé qu'il n'y avait pas d'incapacité de longue durée sur le plan médical. L'assurée était pleinement capable d'exercer une activité de buraliste.
17. Par projet de décision du 3 août 2007, l'OCAI a rejeté la demande de prestations en se fondant sur l'expertise du CEM.
18. Le 19 septembre 2007, l'assurée a écrit à l'OCAI qu'elle s'opposait au fait qu'elle serait capable de travailler à 100 %.
19. Par décision du 9 octobre 2007, l'OCAI a confirmé son projet de décision.
20. Le 6 novembre 2007, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision précitée en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente complète

dès le 1^{er} février 2003. Préalablement elle a requis une nouvelle expertise pluridisciplinaire avec un interprète.

Elle n'avait qu'une connaissance rudimentaire de français. Elle avait dû cesser son emploi temporaire d'aide-jardinière en raison de douleurs insupportables. Il en avait été de même de l'activité de buraliste. Le Dr G_____, psychiatre FMH, qui avait pratiqué l'examen psychiatrique, maîtrisait mal l'anglais, langue dans laquelle elle s'était exprimée. Elle avait craqué nerveusement au cours de la journée d'examen rhumatologique sous l'effet de la douleur. Le rapport d'expertise était contraire à l'avis des Drs B_____, I_____ et du service de rhumatologie des HUG, lesquels avaient diagnostiqué une fibromyalgie. Par ailleurs, le Dr DE B_____ avait constaté un état dépressif.

21. Le 6 décembre 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours en relevant que le rapport du CEM avait pleine valeur probante. En particulier, le diagnostic d'état dépressif posé par le Dr B_____, lequel n'était pas psychiatre, n'était pas convaincant. Même si l'on retenait le diagnostic de fibromyalgie, il ne serait pas invalidant en l'absence d'une comorbidité psychiatrique, les autres critères jurisprudentiels n'étant pas remplis. En effet, l'assurée ne subissait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ni d'état psychique cristallisé ou d'échec de traitements, puisqu'elle refusait une grande partie des traitements prescrits. Elle n'avait ainsi pas épuisé toutes ses ressources adaptatives.
22. A la demande du Tribunal de céans, le CEM a indiqué le 12 février 2008 que les experts F_____, médecin-chef, E_____ et G_____ avaient pratiqué l'expertise.
23. Le 3 mars 2008, le Tribunal de céans a tenu une audience de comparution personnelle des parties.

La recourante a déclaré qu'elle n'était pas suivie par un psychiatre, mais se sentait dépressive, qu'elle ne voyait personne à part une de ses filles domiciliée à Toulon lorsqu'elle revenait à Genève, l'autre vivant en Nouvelle Zélande, qu'elle contestait la conclusion de l'expertise des CEM qui ne reconnaissait pas le diagnostic de fibromyalgie, que le Dr G_____, psychiatre du CEM, ne comprenait pas l'anglais et qu'elle n'avait pas bien compris les questions qu'il lui posait et qu'enfin elle souhaitait se soumettre à une nouvelle expertise somatique et psychiatrique.

24. A la demande du Tribunal de céans, le Dr F_____ a indiqué le 11 mars 2008 que l'entretien de la recourante avec le Dr G_____ s'était déroulé en français et qu'elle ne s'était pas plainte de problème de compréhension, ni durant l'entretien, ni après celui-ci. L'évaluation avait pu être menée dans des conditions claires et suffisantes pour pouvoir établir le rapport psychiatrique.
25. Sur quoi, 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.

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

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la demande de prestations a été déposée le 25 janvier 2005. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. a) Le 1^{er} juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 3 août 2007, qui a été confirmé par la décision du 9 octobre 2007, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 6 novembre 2007.

c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

4. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une rente complète de l'assurance-invalidité.
5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).
6. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 66 ^{2/3} % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un

avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

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

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

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettraient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les

arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

8. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des

résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

e) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

9. D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in: *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret.

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes

divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster).

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

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

10. Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (arrêt D. du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1). Le TFA a également considéré qu'une personnalité à traits histrioniques ne constituait pas non plus, à côté du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) une comorbidité psychiatrique autonome du trouble fibromyalgique (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05).

b) S'agissant des affections corporelles chroniques, il doit exister une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (notamment ATFA du 12 juin 2006, cause I 317/05).

c) Concernant l'état physique cristallisé, des éléments biographiques difficiles (relations conflictuelles au travail, divorce, possible traumatisme sexuel sans contact physique durant l'enfance) sont des indices plaidant en faveur d'un tel état, si tant est que l'assuré ne démontre pas en même temps une attitude théâtrale et

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

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

11. En l'espèce figure au dossier une expertise du CEM concluant à une capacité de travail totale de la recourante dans une activité légère, par exemple de bureau.

S'agissant de la valeur probante de cette expertise, il convient de relever que la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas bien compris les questions de l'expert psychiatre en raison de son manque de compréhension de la langue française et que celui-ci ne comprenait pas l'anglais.

A cet égard, le Tribunal de céans a pu se convaincre, lors de l'audience de comparution personnelle des parties, que la recourante, accompagnée d'une interprète, ne maîtrise pas suffisamment la langue française pour qu'une expertise psychiatrique menée dans cette langue puisse revêtir une valeur probante. Par ailleurs, le Dr F_____, du CEM, n'a pas répondu à la question du Tribunal s'agissant de la compréhension de la langue anglaise par le Dr G_____. Il en découle également qu'il subsiste un doute sur le fait que les interventions de la recourante effectuées en anglais (cf. rapport d'expertise p. 13) aient été correctement comprises par l'expert. Dans ces conditions, l'intimé ne pouvait se fonder valablement sur l'expertise psychiatrique du CEM.

Il incombe dès lors à l'intimé de procéder à une instruction complémentaire par le biais d'une expertise psychiatrique, soit auprès d'un expert maîtrisant parfaitement l'anglais, soit auprès d'un autre expert, avec l'aide d'un interprète.

Quant au volet somatique de l'expertise du CEM, il convient de relever que, contrairement aux Drs A_____, B_____ et au service de rhumatologie des HUG, la Dresse E_____ a écarté le diagnostic de fibromyalgie.

Lors de l'examen clinique du 7 décembre 2006, l'experte relève que tous les points de fibromyalgie sont positifs à la palpation, mais parfois absents lors de la palpation à l'attention déviée (cf. expertise p. 11), que les douleurs à la pression et notamment à la palpation dépassent largement la topographie habituelle des points de fibromyalgie et que les douleurs sont beaucoup moins intenses lors de l'examen effectué avec attention déviée, que le diagnostic de fibromyalgie n'est finalement pas retenu car les critères ne sont pas remplis, en particulier les points de fibromyalgie ne sont pas retrouvés lors de l'examen à l'attention déviée, que la topographie des douleurs à la pression et à la palpation est très diffuse et qu'il y a plusieurs contradictions dans la description des autres symptômes accompagnants (cf. expertise p. 15).

Le Tribunal de céans constate que l'experte admet la présence de tous les points positifs de la fibromyalgie, même si elle relève qu'à l'attention déviée, la douleur est moins intense et que certains points ne sont pas retrouvés. Compte tenu du diagnostic de fibromyalgie clairement posé par des spécialistes en rhumatologie soit le service de rhumatologie des HUG et le Dr A_____ et du fait que tous les points de fibromyalgie n'ont pas besoin d'être tous présents pour que ce diagnostic soit reconnu (ATF du 25 mai 2007 I 512/06 consid. 3, 4), il subsiste un doute quant à la conclusion de l'expertise somatique excluant totalement ce diagnostic.

Cependant, comme l'a relevé l'intimé, même si le diagnostic de fibromyalgie était retenu, il conviendrait encore d'examiner si les critères jurisprudentiels posés dans l'arrêt du Tribunal Fédéral des Assurances précité sont remplis, la fibromyalgie étant assimilée au trouble somatoforme, plus particulièrement au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATF du 20 avril 2006, I 805/04, ATF 132 V 65). Or, à cet égard, les questions médicales pertinentes pour l'évaluations des critères jurisprudentiels précités pourront être posées dans le cadre de l'expertise psychiatrique à ordonner.

En conséquence, point n'est besoin, en l'état, d'ordonner une nouvelle expertise rhumatologique, afin de déterminer s'il existe ou non un diagnostic de fibromyalgie.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.
13. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'un émolument de 500 fr. sera mis à la charge de l'intimé.

Par ailleurs, une indemnité de 1'000 fr. sera allouée à la recourante à charge de l'intimé.

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

Statuant

A la forme :

1. déclare le recours recevable.

Au fond :

2. l'admet partiellement.
3. annule la décision de l'intimé du 9 octobre 2007.
4. renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
5. condamne l'intimé au paiement d'un émolument de 500 fr.
6. condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 1'000 fr.
7. 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

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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