

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4391/2005

ATAS/523/2006

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 6**

**du 29 mai 2006**

En la cause

Madame R\_\_\_\_\_, comparant avec élection de domicile en  
l'étude de Maître GAVIN Catherine

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente, Mesdames Juliana BALDE et Maya  
CRAMER, Juges**

---

### EN FAIT

1. Madame R \_\_\_\_\_, née le 8 janvier 1968, mariée depuis 1986, originaire du Portugal, titulaire d'une autorisation d'établissement C, est mère de trois enfants nés en 1987, 1990 et 1997.
2. Dès 1986, l'assurée a travaillé comme femme de ménage en Suisse. Entre 2001 et 2003, elle a été engagée à la Cité de vin à 80% et pour Cleaning service à 100%, soit un temps de travail de 180%.
3. Un rapport du 20 février 2002 du Dr A \_\_\_\_\_ de la consultation du sommeil des HUG relève, suite à des enregistrements du sommeil, que la structure du sommeil évoque un état dépressif et un état anxieux important. Il existait de nombreux réveils depuis le stade 4. Il était conseillé un traitement anti-dépresseur avec une composante sédatrice pour le traitement des terreurs nocturnes.
4. Le 28 mai 2002, l'Unité d'Allergologie des HUG a diagnostiqué chez l'assurée une rhino-conjonctivite saisonnière avec hyperréactivité bronchique, une hypersensibilité aux pollens d'arbres, un syndrome oral croisé bouleau-pomme, un état dépressif récurrent et une notion de dermatoglyphisme symptomatique.
5. Une feuille de synthèse émanant des institutions universitaires de Belle-Idée des HUG du 29 août 2002 résume les affections dont souffre l'assurée soit :
  1. Trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique, personnalité de type borderline.
  2. Douleurs abdominales récurrentes, probable côlon spastique.
  3. Céphalées.
  4. Syndrome du tunnel carpien droit.
  5. Incontinence urinaire d'effort.
  6. Allergies.
  7. Problème social.
6. Dès le 6 janvier 2003, elle a été en incapacité totale de travailler et le 8 janvier 2003, l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité.
7. Le 27 mars 2003, la policlinique de médecine des HUG a établi un rapport médical. Sous diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, il était relevé un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique et personnalité de type borderline depuis 1999 ainsi qu'un syndrome vertébral lombaire connu depuis 1999.

La patiente avait subi plusieurs incapacités de travail totales entre le 15 juillet 2002 et le 9 février 2003, soit durant 40 jours. L'état de l'assurée était stationnaire. Un traitement médicamenteux améliorait temporairement l'état de santé. Un examen médical complémentaire était nécessaire selon l'évolution. L'assurée se plaignait de

dorso-lombalgies chroniques depuis septembre 2001 et de paresthésies des mains (douleurs irradiant des poignets aux deux mains) ainsi que de rhinorées chroniques.

Sous "pronostic", le rapport évoque qu'étant donné la persistance des dorso-lombalgies depuis septembre 2001 avec récurrence régulière des périodes d'exacerbation, ne s'amendant que peu ou pas sous traitement antalgique de Celebrex et la physiothérapie, une évolution vers la chronicité de ses douleurs est à craindre. Le trouble dépressif récurrent dans un contexte de trouble de la personnalité de type borderline, avec mise en échec des traitements entrepris rend la prise en charge difficile. Les symptômes de rhino-conjonctivite saisonnière et le syndrome du tunnel carpien droit ne sont pas améliorés par les traitements entrepris malgré une prise en charge spécialisée.

S'agissant de la capacité de travail, l'activité antérieure n'était plus exigible en raison des importantes douleurs. Si les traitements amenaient une diminution des douleurs, la capacité de travail s'en trouvait augmentée, mais il y avait peu d'espoir d'une amélioration rapide. L'assurée pouvait exercer une autre activité dans la mesure où le traitement antalgique et du trouble de la personnalité était efficace, comme un travail peu physique permettant des changements de position fréquents, avec diminution du rendement en raison de pauses régulières nécessaires dès 30 minutes de travail.

8. Le 26 février 2004, un examen électrophysiologique en raison d'acroparesthésies nocturnes des mains conclut à une atteinte modérée des nerfs médians au carpe des deux côtés.
9. Le 1<sup>er</sup> avril 2004, une scanographie abdomino-pelvienne conclut à une formation tumorale kystique.
10. Le 7 juillet 2004, la Dresse B \_\_\_\_\_, du département de psychiatrie des HUG, a rendu un rapport médical AI. Elle avait traité la patiente du 3 juin 2003 au 7 juin 2004 et diagnostiquait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F 33.0) depuis 1999 et une personnalité émotionnelle labile type borderline depuis 1999. L'incapacité de travail était de 100% dès janvier 2003 mais pouvait être améliorée par des mesures médicales. Des mesures professionnelles étaient indiquées. Elle bénéficiait de divers traitements médicamenteux avec une mauvaise compliance et était suivie depuis juin 2004 par le Dresse C \_\_\_\_\_, psychiatre.

On pouvait penser que les troubles psychiques pouvaient disparaître si les circonstances se modifiaient. Ils étaient réactionnels à l'adultère du mari; cet événement influençait légèrement l'affection actuelle. L'incapacité de travail était due d'une façon mineure à des raisons socio-économiques ou conjoncturelles. Il y avait une incapacité de travail de 50%.

11. Le 27 octobre 2004, le Dr D \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assurée depuis 2004, atteste que sa patiente nécessite une aide-ménagère hebdomadaire pour des raisons médicales.
12. Le 16 février 2005, le SMR Léman de l'AI relève que le rapport de la Dresse B \_\_\_\_\_ du 7 juillet 2004 n'est pas clair car on ne comprend pas pourquoi l'assurée ne pourrait pas travailler avec un trouble dépressif léger et si et pourquoi l'état psychique était moins bon en 2003 qu'en 2004. Une incapacité de travail de 100% était attestée dès janvier 2003, puis le médecin admettait que l'assurée pouvait travailler à 50%. Un examen rhumatologique et psychiatrique au SMR était proposé.
13. Le 22 avril 2005, le Dr D \_\_\_\_\_ a attesté que l'assurée souffrait d'un état anxio-dépressif, de rachialgies sur discopathie étagée et d'épigastalgies récurrentes.
14. Le 27 avril 2005, les Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation, et la Dresse F \_\_\_\_\_, psychiatre, ont rendu un rapport SMR suite à l'examen clinique bidisciplinaire de l'assurée.

Selon ce dernier, l'assurée décrit des dorsalgies basses évoluant depuis l'âge de 16 ans, exacerbées depuis 1990 avec installation d'un syndrome algique chronique au niveau de tout le rachis cervico-dorsolombaire avec irradiations douloureuses et fourmillements, endormissements au niveau des membres supérieurs et inférieurs, puis, depuis 2000, de douleurs diffuses multiples migrant, siégeant dans tout le corps.

Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants :

- Cerivo-dorsolombalgies chroniques dans un contexte de trouble statique et dégénératif modéré du rachis cervical et lombaire (M54.9).
- Fibromyalgie (M79.0).
- Status après intervention abdominale et gynécologique multiple, y compris hystérectomie et anexialectomie partielle en 1999.
- Rhinite allergique chronique.
- Incontinence urinaire mixte fluctuante.
- Personnalité émotionnellement labile type impulsif, non décompensée (F60.30).

L'appréciation du cas relève qu'en l'absence de pathologie organique significative, autant à l'examen clinique qu'aux examens complémentaires, associée à des signes cliniques d'exagération caractérisée, il n'y avait pas d'argument en faveur d'une incapacité de travail de longue durée comme attestée par les médecins traitants. De plus, cette incapacité de travail était essentiellement établie en raison d'ordre psychologique et non organique. Sur ce plan strictement organique, le seul

diagnostic pouvant expliquer la symptomatologie alléguée était une fibromyalgie, non invalidante au sens de l'AI.

L'assurée n'avait jamais eu d'activité lucrative au Portugal et elle avait travaillé en Suisse pendant plusieurs années au noir comme femme de ménage et entre 2001 et 2003 à un pourcentage de 180% - 200%. En 2001, l'assurée découvrait que son mari la trompait, ce qui exacerbait un conflit chronique de couple. Elle se réfugiait dans le travail qu'elle vivait comme thérapeutique, faisait plusieurs tentatives de suicide, selon ses dires, dans le but de fuir les problèmes et non pas pour mourir. Elle développait une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle sans incidence sur sa capacité de travail. L'assurée était une femme dépendante, abandonnique, labile, impulsive et sans moyen d'introspection. Sa vie privée était influencée par une instabilité émotionnelle et un manque de contrôle des pulsions avec des crises de violence et des comportements menaçants. L'assurée souffrait d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif, non-décompensée, depuis l'adolescence, caractérisée par une tendance à agir avec impulsivité et sans considération pour les conséquences possibles associées à une instabilité de l'humeur, avec une tendance à s'engager dans des relations intenses, qui conduisait le sujet à des crises émotionnelles et à des menaces répétées de suicide ou même des gestes auto-agressifs comme dans le cas de l'assurée. Le trouble de la personnalité n'était pas une maladie invalidante, ce qui avait permis à l'assurée d'avoir une scolarité normale et ensuite de travailler même dans des conditions difficiles à un pourcentage de 180% pendant plusieurs années.

En l'absence d'un véritable sentiment de détresse qui faisait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, ce diagnostic n'était pas retenu. L'assurée était démonstrative et dans un discours logorrhéique elle mettait en avant ses plaintes somatiques sans signe de souffrance objectivable pendant l'entretien et sans attirer de l'empathie. Il y avait une divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé. L'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, le fait que les plaintes démonstratives laissent insensible l'expert et l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial normal. En conclusion, sur le plan psychiatrique, l'assurée souffrait d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif non décompensée qui ne représentait pas une maladie psychiatrique invalidante d'après les critères AI et la capacité de travail exigible était entière.

15. Le 8 juin 2005, la Dresse C\_\_\_\_\_ a rendu un rapport médical AI. Le diagnostic était celui de tableau anxio-dépressif récidivant en relation avec la problématique somatique polymorphe - F.45.1 (300.81) C chez une structure de personnalité insuffisamment intégrée F 43.22 (309.28). Cette pathologie existait en tout cas depuis 1999. Il n'y avait pas d'incapacité de travail pour des raisons purement psychiatriques dans le travail de femme de ménage-repasseuse. Elle avait traité l'assurée en 1999 puis depuis le 29 avril 2004 en raison d'une rechute par des

anti-dépresseurs, anxiolytique, somnifère et soutien psychothérapeutique. Le pronostic était sévère vu l'insuffisance d'élaboration mentale.

L'assurée présentait un trouble de la personnalité dû à l'immigration; elle était très collaborante; les troubles psychiques étaient grandement réactionnels aux troubles somatoformes et l'immigration les influençait légèrement. L'incapacité de travail était due de façon mineure à des raisons socio-économiques ou conjoncturelles. Sur le plan psychique, il existait une incapacité de travail de 20% "si affection somatique coexistante. Sinon pas".

16. Par décision du 9 juin 2005, l'OCAI a rejeté la demande de rente d'invalidité de l'assurée en se référant à l'expertise médicale du SMR.

17. Le 8 juillet 2005, l'assurée, représentée par Maître VATERLAUS, a fait opposition à la décision de l'OCAI. Elle a transmis plusieurs examens et rapports médicaux ne figurant pas au dossier de l'AI, soit :

- Une radiographie cervicale et colonne lombo-peluvienne du 23 septembre 2003, concluant à une image du rachis cervical normale et un trouble de la statique (renversement postérieur du torse générateur habituellement de lombalgies basses) et suspicion d'une double discopathie lombaire inférieure.
- Une IRM cervicale et TDM lombaire du 24 septembre 2003 concluant à une exploration du rachis cervical dans les limites de la norme, sous réserve d'une simple rectitude. Double discopathie protrusive inférieure L4-L5 et L5-S1, sans formation d'une véritable hernie discale.
- Un rapport cytologique du 13 mai 2004 concluant à l'absence de cellules suspectes de malignité.
- Un compte rendu opératoire de soins de gynécologie des HUG du 13 mai 2004 suite à un lysis digestif important et mise à plat d'un faux kyste péritonéal par laparoscopie.
- Un rapport de ce même service du 8 novembre 2004 concluant à une incontinence urinaire mixte de survenue irrégulière.
- Une IRM cervicale du 18 novembre 2004 concluant à une discopathie étagée de C2 à C6 avec une déshydratation des disques et protrusion ostéodiscale postérieure minime de C3 à C6 sans compression radiculaire.
- Un rapport du 8 décembre 2004 du Dr G \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie concluant à un examen neurologique normal. Il n'y avait pas

d'éléments en faveur d'une récurrence d'un tunnel carpien droit et avait le sentiment d'un contexte algique multiple.

- Un rapport du Dr H\_\_\_\_\_, gastro-entérologue, du 27 avril 2005, concluant à une béance hiatale et une ancienne cicatrice d'ulcère bulbaire.
  - Un examen anatomopathologique, concluant à une gastrite chronique.
  - Un rapport de la consultation ambulatoire d'allergologie du 20 avril 2004 au 17 mai 2005 pour syndrome allergique.
18. Le 27 septembre 2005, le SMR AI a relevé que les éléments médicaux versés au dossier ne modifiaient pas l'appréciation du 27 mai 2005. Par ailleurs, l'appréciation de la Dresse I\_\_\_\_\_ rejoignait celle de la Dresse F\_\_\_\_\_.
19. Par décision du 13 octobre 2005, l'OCAI a refusé l'assistance juridique gratuite à l'assurée.
20. Par décision du 20 octobre 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée. Il relève que même si le diagnostic de TSD ou fibromyalgie devait être retenu, il ne remplirait pas les critères pour admettre une invalidité.
21. Le 14 novembre 2005, le Dr J\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a attesté que la patiente présente depuis plusieurs années une symptomatologie douloureuse diffuse, à la fois diurne et nocturne, prédominant dans la région lombaire et le membre supérieur droit. Il existe des douleurs diffuses musculaires et articulaires des membres, associées à des sentiments intermittents de dysesthésie/paresthésie à prédominance distale. La patiente se plaint aussi de cervicalgies, de céphalées, de troubles digestifs et d'une perturbation du sommeil. La prise d'AINS est mal tolérée en raison d'un problème de hernie hiatale. Le Dafalgan 1g. aide un peu la patiente. Les traitements de physiothérapie ont tendance à aggraver les douleurs. Sur le plan professionnel, cette patiente nettoyeuse est à l'arrêt de travail depuis 2003.

En conclusion, cette patiente présente un syndrome douloureux diffus, évoluant depuis plusieurs années, ayant conduit progressivement à un arrêt de travail complet. Sur le plan rhumatologique, il n'y a aucun argument suggérant la présence d'un rhumatisme inflammatoire. Il s'agit surtout d'un syndrome douloureux diffus type fibromyalgie. Il existe des lombalgies basses dans un contexte de troubles dégénératifs L4-L5 et L5-S1 démontrés par un scanner lombaire, pratiqué en 2003. Il n'y a aucun signe d'irritation radiculaire ou de déficit neurologique. Un bilan biologique récent ne montre pas de syndrome inflammatoire, des tests thyroïdiens et des enzymes musculaires dans la norme. Il n'avait pas d'examen complémentaire particulier à proposer à ce stade. Compte tenu qu'il semblait exister une problématique psychiatrique relativement importante, il avait conseillé à la patiente

de se faire réévaluer sur ce plan là, même si l'expert psychiatre de l'AI n'avait pas retenu d'éléments psychiatriques suffisants pour obtenir une rente.

22. Le 17 novembre 2005, l'assurée, représentée par Maître GAVIN, a recouru au Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision sur opposition de l'OCAI en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 6 janvier 2003. Préalablement, elle requiert une expertise psychiatrique judiciaire.

Elle relève que le rapport du SMR du 27 avril 2005 contient beaucoup d'erreurs, notamment l'indication que son mari est alcoolique depuis 1990, qu'elle vit de la rente AI de son époux, que dans l'après-midi elle fait une promenade, voit ses amis et régulièrement boit un verre avec sa cousine, enfin qu'il n'existe pas de réveil nocturne en raison de la douleur, pas de douleurs matinales.

Ni ce rapport du SMR ni les réponses succinctes de la Dresse K\_\_\_\_\_ ne répondaient aux exigences d'une expertise psychiatrique, selon la jurisprudence du TFA. Compte tenu des effets conjugués des deux principales atteintes et des autres atteintes comorbides à sa santé, elle subissait une incapacité de gain permanente ou de longue durée.

23. Le 22 décembre 2005 à la demande de la Dresse L\_\_\_\_\_, médecin-traitant de l'assurée, le centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur (CME) a diagnostiqué un syndrome chronique douloureux diffus de type fibromyalgique, un trouble dépressif récurrent (plusieurs "tentamens" médicamenteux), des césariennes (1987, 1990, 1997), une hystérectomie en 1999, un canal carpien en 2000. Aucun des nombreux médicaments prescrits jusqu'à présent n'avait été efficace.

Il était proposé de maintenir la prescription de paracétamol, de pratiquer une activité physique régulière et d'effectuer une prise en charge par le médecin-traitant de la psychopathologie de la patiente.

24. Le 1<sup>er</sup> mars 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours et a joint deux avis complémentaires du SMR des 17 et 21 février 2006.

Selon le premier avis, signé par la Dresse F\_\_\_\_\_, le diagnostic de trouble dépressif récurrent depuis 1999 n'est pas admis car l'instabilité de l'humeur réactionnelle à des étapes de la vie que l'assurée gère avec difficulté, dans le cadre d'un trouble de la personnalité, ne représente pas une maladie psychiatrique et invalidante.

Le diagnostic (sans répercussion sur la capacité de travail) de fibromyalgie est retenu mais les critères de Mosimann ne sont pas réunis et le pronostic est favorable: l'absence de comorbidité psychiatrique invalidante, l'absence de compliance médicamenteuse explique l'échec thérapeutique, l'absence d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (il n'y a pas de perte

d'intégration sociale si l'assurée est capable de surmonter ses douleurs lorsqu'il s'agit d'assurer sa propre subsistance au quotidien et de maintenir une vie sociale; cf. vie quotidienne page 3 de l'examen clinique du 27 avril 2005), l'état psychique cristallisé, avec profit secondaire est présent (dans l'examen de l'effort raisonnablement exigible qu'on peut attendre de l'assurée en vue de surmonter ses douleurs, seul le profit primaire est pris en considération).

L'assurée souffre d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif non décompensé, sans indice sur la capacité de travail, qui explique la labilité émotionnelle, l'instabilité de l'humeur, les accès de violence, les menaces suicidaires et même les gestes auto-agressifs. L'instabilité de l'humeur fait partie du trouble de la personnalité et ne représente pas un trouble dépressif récurrent. La symptomatologie dépressive réactionnelle ne représente pas une maladie psychiatrique invalidante. L'état dépressif léger n'a pas d'influence sur la capacité de travail. La fibromyalgie n'est pas accompagnée d'une comorbidité psychiatrique. L'absence de formation professionnelle, de défaut de résilience, les difficultés liées à la migration, les difficultés financières, les problèmes de couple, l'âge, le manque de motivations, les facteurs psychosociaux et socioculturels, etc. sont des éléments étrangers à l'invalidité.

Les informations anamnestiques sont fournies par l'assurée, qui, étonnamment, les conteste aujourd'hui. Les documents médicaux, n'apportent aucun argument en faveur d'une aggravation de l'état sur le plan psychiatrique.

Selon le second avis du SMR, signé par le Dr M \_\_\_\_\_, le rapport de la Dresse F \_\_\_\_\_ donne toute la lumière sur la santé psychique de l'assurée et explique pourquoi le diagnostic de trouble dépressif récurrent n'a pas été retenu, mais bien celui de trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif par ailleurs non décompensé.

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<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

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

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. La 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, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations relatif à une période d'incapacité de travail ayant débuté en janvier 2003, à savoir à une date postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, le présent cas est régi par la législation en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2003, étant rappelé que les règles de procédure, quant à elles, s'appliquent sans réserve dès le jour de l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1., 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Quant aux dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), elles ne sont pas applicables (ATF 127 V 467 consid. 1). Dans la mesure où elles ont été modifiées par la nouvelle, les dispositions ci-après sont donc citées dans leur version antérieure au 1er janvier 2004.

4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.
5. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité de la recourante et en particulier sur le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité.
6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en 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 (art. 7 LPGA). 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. 28 al. 2 LAI).

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 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). 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 222 et 128 V 174).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins.

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

7. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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. 3a).

---

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. Ainsi, lorsqu'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). Au demeurant, l'indépendance et l'impartialité des experts des COMAI, exigées par les art. 4 aCst. et 6 par. 1 CEDH, est réputée garantie (cf. ATF 123 V 175 et JAAC 1998 n° 95 p. 917 ; ATFA du 21 avril 2004, I 621/03, consid. 4). 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; ATF I 501/04 du 13 décembre 2005).

8. a) 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 malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de 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).

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).

En l'absence de comorbidité psychiatrique, la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle (cf. Meyer-Blaser, op. cit., p. 87). Dans ce cas, on doit admettre que la personne n'a pas épuisé toutes ses ressources psychiques lui permettant de surmonter sa douleur (ATFA I 752/04 du 24 août 2005).

b) Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge (en cas de litige) 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, énumérés ci-dessus (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.5). En l'absence de comorbidité psychiatrique, il est possible de s'écarter des conclusions médicales d'une expertise COMAI (ATF I 497/04 du 12 septembre 2005).

Un rapport médical doit, pour être probant, mettre les informations recueillies au sujet de l'assuré en perspective avec leur mission d'expertise qui, dans les cas d'une symptomatologie douloureuse, consiste surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée dispose des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état (ATFA du 8 février 2006 prévu pour la publication, cause I 336/04).

Ne remplit pas le critère de la valeur probante, une expertise qui n'examine que très superficiellement les critères jurisprudentiels relatifs au caractère invalidant d'un TSD, de sorte qu'on ne saurait se faire une opinion sur l'existence ou non de circonstances susceptibles, exceptionnellement, de fonder un pronostic défavorable (ATFA du 3 mars 2006, cause I 96/05). Il convient de se montrer exigeant quant à la motivation qui doit figurer dans un rapport médical, en particulier lorsque sont mis en évidence des facteurs limitatifs de nature psychique à la capacité de travail d'un assuré (ATFA du 23 février 2006, cause I 467/04).

c) Enfin, dans un arrêt du 8 février 2006 (I 336/04 prévu pour la publication), le TFA a jugé qu'en ce qui concerne la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie, il faut admettre que l'on se trouve dans une situation comparable à celle de l'assuré souffrant d'un TSD. Il se justifie donc sous l'angle juridique d'appliquer par analogie les principes appliqués par la jurisprudence en matière de TSD lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie.

9. La jurisprudence du TFA relative à l'examen du caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail de l'assuré souffrant d'un TSD doit être considérée comme restrictive. En effet, dans plusieurs arrêts récents, le TFA a estimé, suivant l'avis de l'OCAI et contrairement aux arrêts du Tribunal de céans, que le TSD présenté par l'assuré(e) n'entraînait pas une limitation de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité.

Dans la plupart de ces cas, une expertise pluridisciplinaire du COMAI avait conclu à une incapacité de travail de l'assuré(e) entre 50% et 80% et celui-ci (celle-ci) présentait, en sus du TSD, un état dépressif moyen, voire un trouble de la personnalité (ATFA du 20 mars 2006 cause I 644/04, du 22 février 2006 cause I 506/04, du 4 février 2006 cause I 580/04, du 29 novembre 2005 cause I 665/04, du 12 septembre 2005 cause I 497/04, du 24 août 2005 cause I 752/04, du 16 août 2005 cause I 539/04, du 8 juin 2005 cause I 361/04, du 2 mars 2005 cause I 690/04).

Seul le critère des affections corporelles chroniques a parfois été retenu (ATFA du 8 juin 2005 cause I 361/04, du 12 septembre 2005 cause I 497/04, du 24 août 2005 cause I 752/04, du 2 mars 2005 cause I 690/04), les autres critères n'étant pas admis. En particulier, le TFA a estimé que l'intéressé ne subissait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie dès lors qu'il effectuait

des promenades avec des amis qu'il voyait fréquemment et maintenait des contacts sociaux avec sa famille en Espagne (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04), qu'il bénéficiait d'une vie familiale épanouie, recevait des amis et se rendait chez eux (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), qu'il avait une vie retirée, passant beaucoup de temps à la maison mais avait gardé un certain réseau d'amis portugais qui venaient le voir ou auxquels il rendait visite (ATFA du 29 novembre 2005, cause I 665/04), qu'il se disait bien entouré sur le plan familial (ATFA du 16 août 2005, cause I 539/04), qu'il vivait dans une situation de retrait mais qu'il avait des contacts réguliers avec ses proches et qu'il retournait régulièrement dans son pays d'origine avec sa famille ou des amis (ATFA du 2 mars 2005, cause I 690/04), qu'il était 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).

Dans tous les cas précités, le TFA s'est écarté des conclusions médicales des experts du COMAI lesquels retenaient une incapacité de travail partielle de l'intéressé(e), et a rejeté le caractère invalidant du TSD. Il en a fait de même dans le cas d'une expertise rhumatologique concluant à une incapacité de travail de l'assurée de 50% (ATFA du 06.03.06 cause I 225/04). Enfin, dans un cas où l'OCAI avait accordé une demi-rente d'invalidité à l'assurée (en raison d'un syndrome somatoforme persistant, épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et troubles de la personnalité dépendante), confirmée par le Tribunal de céans, le TFA a réformé in pejus ledit jugement et supprimé la demi-rente d'invalidité en considérant que le TSD n'était pas invalidant (ATFA du 13 juillet 2005, cause I 626/04).

10. En l'espèce, la recourante a été soumise à un examen bidisciplinaire au SMR Léman le 27 avril 2005, lequel a donné lieu au rapport des Drs E \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_ du 17 mai 2005. Ce rapport a été complété par un avis de la Dresse F \_\_\_\_\_ du 17 février 2006 dans lequel elle examine les critères jurisprudentiels précités appliqués en présence d'un TSD ou d'une fibromyalgie.

On constate en premier lieu que la recourante souffre, selon le SMR Léman notamment d'une fibromyalgie, selon le Dr J \_\_\_\_\_ d'un syndrome douloureux diffus type fibromyalgie et selon le CME d'un syndrome chronique douloureux diffus de type fibromyalgique. Compte tenu de la jurisprudence précitée (ATFA du 8 février 2006), il convient d'assimiler ces différents diagnostics.

Il y a également lieu d'admettre, au vu des diagnostics médicaux au dossier, que la recourante ne souffre pas d'une pathologie somatique invalidante, hormis un syndrome vertébral lombaire (troubles dégénératifs), déjà présent alors que la recourante disposait d'une capacité de travail entière.

L'on peut se demander ensuite si ce rapport d'expertise du SMR Léman a valeur probante au sens de la jurisprudence. En effet, la première analyse psychiatrique qui

retient comme diagnostic notamment une fibromyalgie, écarte le caractère invalidant de celle-ci sur la seule constatation de l'absence de pathologie psychiatrique préexistante ou de comorbidité. Or, c'est seulement dans l'avis subséquent établi presque une année plus tard et sans nouvel examen de la recourante que la Dresse F \_\_\_\_\_ estime que les critères de Mosimann ne sont pas réalisés, hormis celui de l'affection corporelle chronique. Par ailleurs, on ne voit pas que la recourante ait fait preuve d'absence de demande de soins comme cela est relevé dans le rapport du SMR Léman (p. 9) dès lors qu'elle a été régulièrement suivie par plusieurs médecins soit notamment des rhumatologue, psychiatres, allergologue et spécialiste du sommeil.

Nonobstant ces considérations et au vu des avis médicaux avérés versés au dossier, il ne se justifie pas d'ordonner une expertise psychiatrique judiciaire.

En effet, aucune comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée n'a été mise en évidence par les psychiatres qui ont traité ou examiné la recourante. Ces médecins ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique (institution de Belle-Idée le 29 août 2002 et policlinique de médecine des HUG le 27 mars 2003), un trouble dépressif récurrent (Dresse B \_\_\_\_\_ le 7 juillet 2004 et CME le 22 décembre 2005) ou encore un état anxio-dépressif récidivant (Dresse C \_\_\_\_\_ le 8 juin 2005).

Aucun indice ne permet ainsi de penser que la recourante souffre éventuellement d'une comorbidité psychiatrique importante - de telle manière qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer un processus de travail n'est pas exigible de sa part - et qu'il se justifierait d'investiguer par le biais d'une expertise psychiatrique judiciaire.

Quant aux autres critères à examiner, il y a lieu de constater qu'il ne se justifie pas non plus d'ordonner une expertise psychiatrique sur ce point, les éléments au dossier permettant d'exclure une reconnaissance en l'espèce d'un caractère invalidant au TSD.

Il s'agit tout d'abord d'une jeune assurée (née en 1968), cas dans lequel il est présumé que la personne n'a pas épuisé toutes ses ressources psychiques lui permettant de surmonter sa douleur (ATFA du 24 août 2005 précité). Ensuite, une des psychiatres traitantes de la recourante (Dresse B \_\_\_\_\_) estime qu'elle a bénéficié de divers traitements médicamenteux avec une mauvaise compliance (en tous les cas entre juin 2003 et juin 2004) ce qui permet d'exclure le critère de l'état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique et cela même si le traitement prescrit par la suite par la Dresse C \_\_\_\_\_ (dès avril 2004) a, par hypothèse, été correctement suivi dès lors que celle-ci atteste le 8 juin 2005 que la capacité de travail peut être améliorée par des mesures médicales et que des

mesures professionnelles sont indiquées, en relevant qu'il n'y a pas d'incapacité de travail pour des raisons purement psychiatriques.

S'agissant des relations sociales, la recourante, qui vit en famille avec son mari et ses trois enfants, ne saurait être reconnue comme étant en perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, même si, selon elle, il est erroné de prétendre, comme l'a fait le SMR Léman, qu'elle voit ses amies et régulièrement boit un café avec sa cousine. Enfin, la recourante peut accomplir des tâches ménagères légères.

Ainsi, même si l'on admet à la suite du SMR Léman le critère des affections corporelles chroniques et même éventuellement celui de l'échec des traitements correctement suivis, l'on ne saurait, au vu de la jurisprudence restrictive précitée du TFA, admettre le caractère invalidant du TSD de la recourante. En particulier, l'on ne saurait conclure que la recourante a épuisé toutes ses ressources adaptatives.

Enfin, les autres atteintes à la santé dont souffre la recourante ont été considérées par ses médecins sans influence sur la capacité de travail de celle-ci.

11. Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être rejeté.

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

**Statuant**

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

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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

La greffière

Nancy BISIN

La présidente

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