

## **GE\_GERICHTE A/1269/2007 vom 24. April 2008**

GE Cour de justice, 2008-04-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1269\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1269_2007)

FR: GE\_GERICHTE A/1269/2007 du 24 avril 2008

IT: GE\_GERICHTE A/1269/2007 del 24 aprile 2008

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 24.04.2008  
A/1269/2007

A/1269/2007 ATAS/518/2008 du 24.04.2008 ( AI ) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1269/2007 ATAS/518/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 3 du 24 avril 2008 En la cause Madame P\_\_\_\_\_, domiciliée à BELLEVUE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUE recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame P\_\_\_\_\_, (ci-après : l'assurée), de nationalité portugaise, a travaillé comme serveuse. Son dernier employeur, le café-restaurant X\_\_\_\_\_, a indiqué qu'au terme de son contrat de travail, en vigueur depuis le 1er août 2003, l'assurée réalisait un revenu de 3'440 fr. par mois pour un horaire de 42,5 heures par semaine. Le 4 mai 2005, l'assurée a déposé auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) une demande d'orientation professionnelle en invoquant des douleurs au niveau des lombaires, de la nuque et des bras. Le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué dans un rapport daté du 22 mai 2005 que sa patiente, souffrant d'un état anxieux et d'une fibromyalgie depuis le 9 juillet 2004, était dans l'incapacité totale de travailler depuis cette date. Le médecin a expliqué qu'ayant toujours travaillé dans la restauration comme serveuse, sa patiente souffrait depuis plusieurs mois de douleurs polyarticulaires, d'une grande fatigue, de crises d'angoisse, d'insomnies et de tristesse. Les imageries par résonance magnétique (IRM) cervicale et lombaire se sont révélées sans anomalie. Le Dr A\_\_\_\_\_ a précisé que la demande de prestations avait été déposée auprès de l'OCAI dans le but d'aider la patiente à opérer une reconversion professionnelle car elle ne pouvait plus ni travailler dans la restauration, ni exercer d'activité impliquant des efforts physiques importants ou de nombreux contacts sociaux, pas plus qu'elle ne pourrait travailler comme ouvrière dans une chaîne de montage. Le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a également établi un rapport médical en date du 31 mai 2005. Il a confirmé le diagnostic de fibromyalgie et y a ajouté ceux d'état dépressif intercurrent depuis février 2002, d'état anxieux, d'attaques de panique et de spasmophilie. Il a également mentionné des douleurs lombaires et axiales, aggravées par un accident de la circulation survenu en novembre 2004, tout en précisant qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Le Dr B\_\_\_\_\_ a estimé celle-ci à 0% à compter du 9 juillet 2004, puis à 50% à compter du 1er février 2005. Il a décrit l'état de santé de sa patiente comme stationnaire. A également été versé au dossier de l'assurée un courrier adressé le 2 octobre 2003 au Dr B\_\_\_\_\_ par la Dresse C\_\_\_\_\_, du laboratoire du sommeil de Belle-Idée, à laquelle l'assurée a été adressée pour investiguer un syndrome d'apnée du sommeil. La Dresse C\_\_\_\_\_ a écarté la présence d'une pathologie respiratoire au cours du sommeil (à type syndrome de résistance des voies aériennes supérieures ou

syndrome d'apnée), mais a relevé la présence d'une importante fragmentation du sommeil nocturne avec un nombre de changements de stades et de micro-réveils élevé, apparaissant compatible avec le diagnostic de fibromyalgie. Le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE), a émis l'avis, en date du 10 décembre 2004, que l'assurée était dans l'incapacité totale de travailler depuis le 9 juillet 2004, en raison d'un syndrome douloureux chronique de cause non élucidée contre-indiquant la poursuite d'un travail dans la restauration et toute activité nécessitant des efforts physiques. Le médecin a précisé que dans une activité n'impliquant pas d'efforts et s'exerçant en position assise, comme celle d'ouvrière d'usine, par exemple, ou ouvrière sur une chaîne de montage, l'aptitude au placement de l'assurée pouvait être fixée à 50% dès le 1er février 2005. Suite à cet avis de son médecin-conseil, l'OCE a adressé l'assurée l'atelier de réadaptation professionnelle de l'Hôpital de BEAU-SEJOUR pour un bilan approfondi de ses aptitudes professionnelles. Dans son rapport établi le 26 juillet 2005 à l'intention de l'OCE, Monsieur Q \_\_\_\_\_, technicien responsable, a expliqué que l'assurée a suivi un stage du 30 mai au 27 juin 2005 à 50% mais a été absente pour cause de maladie à compter du 20 juin 2005. Lors de ce stage, l'assurée a eu l'occasion d'effectuer de petites activités (montage et rénovation de dossiers cartonnés, découpe de papiers à la trancheuse, préparation, vernissage et finition de surfaces de mobilier, peinture de pieds de table métalliques et divers travaux de petite menuiserie). Il a été relevé que les douleurs dont l'assurée se plaint depuis longtemps se sont aggravées durant les trois dernières années, qu'elle présente aussi un état dépressif important et des crises d'angoisse depuis plus de sept ans. L'assurée a également signalé des états spastiques musculaires réguliers, particulièrement au niveau de la main gauche, mais aussi du pied gauche, et parfois de la main droite. Le technicien a souligné avoir pu constater dès le premier entretien l'apparition d'un spasme de la main gauche; cette dernière s'est rétractée sans aucun facteur déclenchant; simultanément, le pied gauche s'est mis en rotation interne et en extension; il a fallu plus de dix minutes pour que les membres retrouvent une posture normale. Monsieur Q \_\_\_\_\_ a décrit l'assurée comme ne se plaignant jamais, collaborant parfaitement, ayant manifestement du plaisir à être active même dans des activités répétitives et pas toujours motivantes. Cependant, tout au long du stage et quelles que soient les activités exercées, le même scénario s'est reproduit : activation, spasmes, douleurs, repos, reprise d'activité, ceci à raison de deux à six fois sur une période de trois heures. Il a été noté que la fréquence des spasmes augmentait en soirée avec la fatigue et lors de tâches demandant une saisie en force ou de la minutie. Monsieur Q \_\_\_\_\_ a émis l'opinion que les activités proposées par le Dr D \_\_\_\_\_ (c'est-à-dire caissière ou ouvrière d'usine à la chaîne) ne semblaient pas envisageables en raison de la diminution de rendement. Il a été relevé que malgré la volonté dont l'assurée avait largement fait la démonstration, ses spasmes réguliers rendaient beaucoup de professions inaccessibles. En plus, et surtout, la gravité de sa dépression conduisait à un mauvais pronostic de reprise d'activité. Monsieur Q \_\_\_\_\_ a retenu la fibromyalgie au nombre des facteurs invalidants tout en précisant que les aspects psychiques étaient beaucoup plus importants. Il a finalement conclu à l'inaptitude au placement de l'assurée. Suite à ce rapport, l'OCE, par décision du 15 novembre 2005, a prononcé l'inaptitude au placement de l'assurée à compter du 26 juillet 2005. Quant à lui, l'OCAI a mis sur pied une expertise interdisciplinaire qu'il a confiée au Centre d'expertise médicale de Champel. A l'examen clinique, l'assurée a présenté une crise de spasmophilie touchant les membres supérieur et inférieur gauches, qui a débuté environ une heure après le début de l'entretien et qui a duré une vingtaine de

minutes. L'attitude de l'assurée a laissé une forte impression démonstrative sur le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier s'est livré à une évaluation psychiatrique en se basant sur deux entretiens individuels avec l'expertisée, un entretien avec cette dernière et son mari, des communications téléphoniques avec le médecin généraliste et le neurologue de l'assurée, ainsi que sur l'étude du dossier de l'intéressée. Le Dr E\_\_\_\_\_ a relevé chez l'assurée une attitude plutôt régressée et infantile, comportement confirmé par son médecin traitant, le Dr A\_\_\_\_\_. L'assurée a paru au Dr E\_\_\_\_\_ globalement dépressive, ce qui lui a été également confirmé par son médecin traitant. Le test de Hamilton a d'ailleurs conduit à un score de 25 points sur 52, ce qui correspond à une dépression modérée. Sur le plan cognitif, le Dr E\_\_\_\_\_ n'a constaté ni troubles de la conscience ou de l'orientation, ni troubles formels du cours de la pensée, ni idées délirantes, ni troubles de la perception. Il a en revanche relevé quelques troubles mnésiques. Le médecin a rapporté que la patiente se dit anxieuse, triste et découragée, principalement en raison de son état de santé; des idées noires sont parfois présentes; des idées de suicide sont également survenues à la fin de l'année 2005. Le Dr E\_\_\_\_\_ a signalé que lorsque le conjoint de l'assurée était présent, cette dernière était restée silencieuse, tête baissée; c'est son époux qui avait alors pris tout l'espace de parole, répondant à la place de sa femme; ce comportement avait également été observé par le médecin traitant. Le Dr E\_\_\_\_\_ a finalement posé les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte d'intensité moyenne à sévère, trouble dissociatif de conversion et probable trouble de la personnalité (dépendance et immaturité). Il a expliqué que l'assuré présente un état anxio-dépressif réactionnel lié non seulement aux douleurs dont elle souffre depuis longtemps, mais également au comportement de son mari et, à bien moindre échelle, à l'état défaillant de santé de ses parents. Selon le médecin, les problèmes somatiques (notamment les spasmes et paresthésies) peuvent s'inscrire dans le tableau des troubles dissociatifs de conversion. En effet, si les symptômes ne sont pas produits intentionnellement ou feints, ils ne s'expliquent pas somatiquement, car l'examen a pu éliminer une étiologie neurologique ou médicale. Ils sont accompagnés de conflits relationnels au sein du couple. Le Dr E\_\_\_\_\_ a affirmé que l'étiologie de la spasmophilie ramène à l'anxiété, à l'angoisse et à la dépression. Il a préconisé, parallèlement à la prise en charge médicale, un suivi psychiatrique spécialisé pour ajuster la psycho-pharmacologie et focaliser l'intervention psychothérapeutique. Le Dr E\_\_\_\_\_ a estimé que si l'assurée arrive à surmonter, avec une aide spécialisée, l'état anxio-dépressif d'intensité moyenne à sévère dans lequel elle se trouve encore plongée, ses ressources mentales devraient théoriquement lui permettre, par la suite, de se consacrer à une activité professionnelle adaptée à son état. Le Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, médecin-expert, a quant à lui retenu, à titre principal, le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte, d'intensité moyenne à sévère. Il y a ajouté, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : un syndrome somatoforme douloureux persistant, des cervicalgies et lombalgies communes chroniques, des troubles dissociatifs de conversion sous forme de spasmophilie et un probable trouble de la personnalité. Il a relevé que, bien que tous les points de fibromyalgie soient donnés douloureux, les douleurs alléguées s'étendent bien au-delà et s'inscrivent plutôt dans un syndrome douloureux chronique. Un changement radical de l'attitude envers les examinateurs en fonction de la présence ou non du mari a relativisé beaucoup les constatations concernant l'intensité de l'état dépressif, ainsi que le trouble de conversion. Le médecin-expert et le psychiatre ont acquis la conviction que les crises spastiques doivent

être situées beaucoup plus près du conscient que de l'inconscient et que le trouble dépressif était surtout réactionnel à la situation conflictuelle du couple. Selon eux, ces atteintes répondent beaucoup moins à une entité psychopathologique en soi. Les médecins ont relevé que les bénéfices secondaires que l'assurée tire de sa maladie sont frappants et qu'elle les mentionne elle-même sans détour. Il a été préconisé que l'accent thérapeutique soit mis sur le côté psychique. Les médecins ont émis l'opinion que les ressources propres de l'assurée doivent être considérées comme intactes et ceci malgré des traits de personnalité immature et dépendante présents depuis son adolescence mais qui n'ont pas négativement influencé son intégration professionnelle, du moins jusqu'à ce que la situation psychosociale de l'intéressée ne s'aggrave. Les examinateurs ont émis un mauvais pronostic quant à un éventuel retour dans le circuit professionnel, soulignant que l'assurée prend pour exemple son époux - qui bénéficie lui-même d'une rente entière d'invalidité alors que l'état de santé est apparemment bon, ce dont les médecins se sont dit frappés. Au plan physique, aucune atteinte démontrable n'a été relevée. En revanche, il a été noté que l'assurée se plaint de douleurs ubiquitaires, très peu apparentes lors des examens, mais dont il résulte subjectivement une diminution de la tolérance envers les efforts physiques mi-lourds à lourds ou répétitifs. D'autre part, les crises spastiques se manifestent plusieurs fois par semaine, voire par jour, à chaque contrariété, amenant des interruptions de l'activité, qui peuvent durer entre vingt minutes à deux heures. Au plan psychique et mental, les médecins ont estimé que les traits de personnalité immature et dépendante ne limitent pas l'assurée dans son fonctionnement. Un état dépressif réactionnel, d'une intensité moyenne à sévère, s'y ajoute, dont les médecins ont indiqué qu'il était difficile d'apprécier la répercussion sur la capacité de travail car "l'assurée vit dans un état qui ne lui semble pas trop désagréable dont elle ne cherche pas à s'extraire au plus vite". Les médecins ont néanmoins admis une limitation temporaire de sa faculté à se projeter dans une vie avec une activité professionnelle où elle serait certainement réduite dans sa performance. Dans la profession de serveuse, les médecins ont admis une difficulté à affronter une clientèle, avec tout ce que cela comporte. Au plan social, ils n'ont relevé aucune limitation; ils ont souligné que l'assurée a été licenciée avant que la symptomatologie n'apparaisse, de sorte qu'elle ne peut décrire des restrictions réellement vécues. Depuis lors, elle a cependant abandonné tous les travaux ménagers et s'est fait remplacer soit par les membres de sa famille, soit par une aide-ménagère qui vient tous les jours. S'ajoute à ces atteintes un trouble de conversion sous forme de spasmophilie dont les médecins ont admis qu'il entraîne objectivement une interruption forcée de toute activité pendant les accès spastiques. Ils ont relevé que l'assurée possède un appareil locomoteur et neurologique entièrement intact, mais qu'elle réagit apparemment à chaque contrariété par le déclenchement d'une crise spastique qui met en échec tous les essais de réinsertion. Ils ont conclu que l'activité exercée jusqu'alors n'est plus exigible depuis l'apparition de la spasmophilie en avril 2004. Ils ont ajouté que, vu les troubles psychiques, l'assurée n'était actuellement pas capable de s'adapter à un environnement professionnel, mais ont précisé qu'après un traitement psychiatrique, ils s'attendaient à ce qu'elle retrouve cette capacité. Selon eux, il est probable qu'une reconnaissance professionnelle aidera à la stabilisation et peut-être à la disparition de la symptomatologie dépressive et de conversion. En ce sens, une réintégration, même occupationnelle dans un premier temps, serait désirable du point de vue thérapeutique. Le Dr G \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie et médecin de dossiers au Service médical régional Suisse romande (SMR), a tiré la conclusion de ce rapport d'expertise que l'assurée ne présente aucune atteinte à la santé physique, que le trouble anxieux et dépressif

est secondaire aux douleurs et doit être analysé dans le contexte d'un trouble somatoforme douloureux et qu'aucun des critères de gravité de ce trouble, tels que définis par la jurisprudence, n'est rempli. Selon le Dr G \_\_\_\_\_, on peut exiger de l'assurée qu'elle surmonte ses douleurs pour mettre en valeur sa capacité de travail, d'autant que les experts ont souligné que ses ressources propres doivent être considérées comme intactes. En définitive, le Dr G \_\_\_\_\_ a conclu à l'absence d'incapacité de travail de longue durée invalidante au sens de l'assurance-invalidité. En conséquence, le 8 décembre 2006, l'OCAI a communiqué à l'assurée un projet de décision aux termes duquel il lui a refusé l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle. Par courrier du 25 janvier 2007, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision en relevant notamment avoir été reconnue inapte au placement par l'assurance-chômage depuis le 26 juillet 2005. L'assurée a en outre produit un document dont il ressort qu'elle a séjourné aux HUG du 10 au 11 janvier 2007 suite à une chute dans sa salle de bains lui ayant occasionné un traumatisme crânien sans signe d'atteinte de l'encéphale. Dans un avis daté du 12 février 2007, le Dr G \_\_\_\_\_ a relevé que l'assurance-invalidité n'est pas liée par les décisions d'aptitude ou de non-aptitude au placement de l'assurance-chômage. Il a par ailleurs estimé que les conclusions du rapport de l'atelier de réadaptation des HUG - antérieur de plus d'une année à l'expertise - ne permettaient pas de se déterminer sur "l'exigibilité médico-asséculo-logique". Par décision du 22 février 2007, l'OCAI a refusé à l'assurée les mesures d'orientation professionnelle qu'elle demandait. L'OCAI a relevé que toutes les investigations faites suite à l'accident survenu en janvier 2007 ont abouti à des résultats normaux et que l'assurée avait pu quitter l'hôpital le lendemain de son admission. Il en a tiré la conclusion qu'il n'y avait donc aucune raison médicale pour que cet événement aigu soit à l'origine d'une incapacité de travail de longue durée. Pour le surplus, l'OCAI a souligné que le rapport de l'atelier de réadaptation des HUG était bien antérieur à l'expertise du COMAI. Il a ajouté que l'assurance-invalidité n'est pas liée par les décisions d'aptitude ou de non-aptitude au placement de l'assurance-chômage. En résumé, l'OCAI a retenu que l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé physique, que son trouble anxieux et dépressif était secondaire aux douleurs et devait être analysé dans le contexte d'un trouble somatoforme douloureux et qu'aucun des critères posés par la jurisprudence en la matière pour lui reconnaître un caractère invalidant n'était rempli. En conséquence, l'OCAI a rejeté la demande de prestations et conseillé à l'assurée de s'adresser au service d'orientation professionnelle de l'assurance-chômage. Par courrier du 28 mars 2007, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle conclut à ce que lui soit reconnu le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 13 février 2004. L'assurée se réfère à l'avis du médecin-conseil de l'OCE et aux conclusions des responsables de l'atelier de réadaptation pré-professionnelle des HUG. Elle allègue que le Dr G \_\_\_\_\_ fonde son appréciation sur une lecture biaisée de l'expertise et des autres éléments figurant au dossier. Elle conteste que son état dépressif se manifeste seulement en présence de son mari et fait remarquer que si cette conclusion correspond à ce que les rédacteurs du rapport ont fait figurer dans leur appréciation globale du cas, un tel constat ne ressort en revanche absolument pas de l'examen psychiatrique réalisé par le Dr E \_\_\_\_\_, qui l'a vue à deux reprises seule et qui a relevé une attitude plutôt régressée et infantile et une apparence globalement dépressive. La recourante conteste également la conclusion du Dr G \_\_\_\_\_ selon laquelle elle ne présenterait aucun symptôme du registre dépressif ou anxieux. Elle rappelle à cet égard qu'elle a obtenu au test de Hamilton un score correspondant à un état dépressif modéré à sévère et qu'elle souffre par ailleurs d'un sommeil perturbé, d'anxiété, de tristesse, de découragement, d'idées suicidaires et d'un

sentiment de dévalorisation. Quant à la conclusion du Dr G \_\_\_\_\_ selon laquelle le trouble anxieux et dépressif ne serait que secondaire aux douleurs et devrait être analysé dans le contexte d'un trouble somatoforme douloureux, elle la conteste également, faisant remarquer que les experts ont distingué clairement le trouble somatoforme douloureux et la dépression. Elle allègue que sa dépression n'est pas simplement secondaire aux douleurs, ce qu'ont d'ailleurs reconnu les experts le trouble dépressif était surtout réactionnel à la situation conflictuelle du couple. Au surplus, la recourante conteste les observations des experts relatives au profit secondaire qu'elle retirerait de son état. A cet égard, elle rappelle que les examinateurs, lors de son stage de réadaptation professionnelle ont souligné sa bonne coopération. La recourante reconnaît que la jurisprudence a souligné l'absence de complémentarité entre l'assurance-chômage et l'assurance-invalidité. Elle soutient cependant que ce principe ne peut s'appliquer de manière absolue tant il est vrai que ces deux assurances utilisent des notions qui, dans certaines circonstances, se recoupent. Elle fait valoir que l'aptitude au placement doit être appréciée avec souplesse lorsque sont en cause des assurés qui ont introduit une demande de rente d'assurance-invalidité. Selon elle, dans cette situation, la négation de l'aptitude au placement n'est admissible que si l'assuré est manifestement inapte. Selon la recourante, l'assurance-invalidité doit être liée par les constatations de l'assurance-chômage. A l'appui de son recours, l'assurée a produit un rapport émanant du Dr Etienne H \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, daté du 7 mai 2007. Ce médecin, se basant sur deux entretiens avec l'assurée, sur le rapport médical du Dr A \_\_\_\_\_ et sur le dossier de la patiente, a posé les diagnostics suivants : trouble mixte de la personnalité avec traits dépendants et immatures, épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, troubles moteurs dissociatifs et syndrome douloureux somatoforme persistant. Le Dr H \_\_\_\_\_ s'est déclaré frappé par la régression massive avec dépendance totale pour les activités de la vie quotidienne de l'assurée. Selon lui, il est difficile de comprendre les mécanismes psychiques pouvant conduire à une telle régression en dehors d'une immaturité affective massive et il est évident que l'assurée présente un trouble de la personnalité avec des traits dépendants et immatures. En revanche, le Dr H \_\_\_\_\_ a écarté le diagnostic de trouble mixte anxieux et dépressif, en expliquant que la symptomatologie présentée par l'assurée dépasse très clairement et très largement les symptômes mineurs réclamés selon la CIM-10. Le Dr H \_\_\_\_\_ a relevé que l'assurée a suivi un traitement psychothérapeutique qui souligne la gravité de l'épisode dépressif. Il a conclu à un tableau symptomatologique complexe, apparu dans un contexte particulier (chômage de l'expertisée puis accident dont son mari a été victime). Le Dr H \_\_\_\_\_ a expliqué que si le trouble de la personnalité n'a pas été invalidant durant de nombreuses années, il joue désormais, vraisemblablement, un rôle aggravant de l'ensemble de la symptomatologie, raison pour laquelle le médecin n'a pas fait de distinction entre les diagnostics jouant un rôle dans l'incapacité de travail et ceux n'y tenant aucun rôle. Il a considéré que le trouble dépressif était bien présent, puisqu'il y avait même des idées suicidaires et en a tiré la conclusion qu'il s'agit bien d'un trouble dépressif et non d'un trouble mixte anxieux et dépressif. S'agissant des troubles spastiques présentés par l'assurée, le Dr H \_\_\_\_\_ a considéré qu'il s'agit très vraisemblablement de troubles dissociatifs, ayant des aspects démonstratifs dans l'expression symptomatologique, sans qu'il s'agisse d'une simulation. A son avis, ce trouble dissociatif, particulièrement difficile à traiter, joue un rôle invalidant. Le Dr H \_\_\_\_\_ a conclu à l'incapacité d'exercer la moindre activité professionnelle en raison du trouble dépressif et de ses composantes régressives, ainsi que du trouble moteur dissociatif. Il a préconisé un traitement

psychothérapeutique, en émettant des doutes quant à la possibilité qu'il permette de recouvrer une capacité de travail dans le monde économique. A son avis, l'assurée présente une comorbidité psychiatrique importante sous la forme d'un trouble de la personnalité, d'un épisode dépressif et de troubles moteurs dissociatifs et c'est l'ensemble de cette symptomatologie qui est la cause de l'incapacité de travail. Le médecin a rapporté que l'assurée ne sort quasiment jamais de chez elle, n'a que peu de relations sociales, semble peu investir ses relations avec ses enfants et se place en dépendance totale de son mari. S'agissant de l'existence d'un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique, le médecin a fait remarquer que bien que tous les professionnels de la santé ayant examiné l'assurée aient estimé que son état psychique n'était pas cristallisé et que des mesures thérapeutiques pouvaient améliorer de manière notable la symptomatologie, aucune mesure thérapeutique n'a été à même d'améliorer ou d'amender la symptomatologie. Le Dr H\_\_\_\_\_ a encore souligné que toutes les mesures diagnostiques ont abouti à un échec. Il a ajouté que si l'on peut suspecter une légère exagération des symptômes, il n'est pas possible d'affirmer que cette exagération est la seule cause de l'ampleur de l'ensemble de la symptomatologie ; les troubles moteurs dissociatifs sont bien présents, ainsi qu'il a pu le constater lui-même ; ils sont peut-être moins douloureux que ne le dit l'assurée mais néanmoins présents et invalidants, raison pour laquelle le médecin a considéré que l'on ne peut retenir cette tendance à l'exagération comme explication première de l'ampleur de la symptomatologie. A également été versé à la procédure un rapport établi par le Prof. I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et son assistante, la Dresse J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne. Ces derniers ont conclu que le phénomène clinique présenté par l'assurée correspond à une dystonie paroxystique. Il a été précisé que les épisodes de crispation douloureuse surviennent une à trois fois par jour, parfois la nuit. Les examens effectués n'ont pas révélé d'anomalie, rendant le diagnostic d'une maladie démyélinisante ou inflammatoire improbable. Les médecins émis l'avis qu'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique était indispensable. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 24 mai 2007, a conclu au rejet du recours. Il a rappelé que le fait que l'assurée a été déclarée inapte au placement par l'assurance-chômage ne permet nullement de déduire un droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Par courrier du 29 juin 2007, l'assurée s'est référée au rapport d'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ et aux rapports médicaux du service de neurologie des HUG dont elle estime qu'ils réfutent catégoriquement les appréciations du Dr G\_\_\_\_\_. Elle relève à cet égard que ce dernier est anesthésiologiste et s'insurge dès lors qu'il puisse prétendre disposer des connaissances suffisantes pour porter une appréciation divergente de celle de son psychiatre, qui plus est sans même l'avoir examinée. La recourante a produit un nouveau rapport des Drs J\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_. Il en ressort que les épisodes de crispations douloureuses transitoires de la main et du pied gauches dont elle souffre, qui s'étendent parfois au visage et au cou et surviennent de manière quotidienne durant dix minutes à une heure sont impossibles à déclencher volontairement. Ce rapport précise également qu'entre les épisodes de crampes musculaires décrits, persiste une inversion du pied gauche avec un léger trouble de la marche. Les épisodes de crampes musculaires peuvent survenir sans horaire, avec légère prédominance dans l'après-midi et parfois dans le sommeil. Invité à se déterminer sur les nouveaux documents produits, l'intimé, dans sa duplique du 25 juillet 2007, a maintenu sa position. A l'appui de celle-ci, il a produit l'avis des Drs K\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, et G\_\_\_\_\_, du SMR. Ces médecins soulignent que le Dr H\_\_\_\_\_, à l'exception du trouble anxieux et dépressif mixte qu'il a qualifié d'épisode

dépressif moyen avec syndrome somatique, a retenu les mêmes diagnostics que les experts du COMAI. Les médecins du SMR estiment que l'affirmation du Dr H\_\_\_\_\_ selon laquelle l'assurée souffrirait d'une régression massive avec dépendance totale pour toutes les activités quotidiennes ne repose sur aucun élément objectif – le rapport ne contenant pas de description de la vie quotidienne de l'assurée – et est au surplus en contradiction avec les conclusions de l'expertise réalisée à la demande de l'OCAI puisque cette dernière, plus complète, mentionne que l'assurée se rend une fois par année au Portugal, est bien intégrée en Suisse, voit des amis et sort occasionnellement. S'agissant du diagnostic de trouble de la personnalité avec traits dépendants et immatures, les médecins du SMR soulignent que la personnalité étant par définition forgée dès le début de l'âge adulte, un trouble de la personnalité invalidant suppose des antécédents psychiatriques significatifs remontant à la deuxième décennie de vie. Les experts l'ont d'ailleurs considéré comme sans répercussion sur la capacité de travail. Sur ce point également, les médecins du SMR estiment que le Dr H\_\_\_\_\_ ne fournit aucun élément objectif attestant d'une décompensation du trouble de la personnalité qui justifierait une incapacité de travail et qu'au contraire, il élude le problème en renonçant à distinguer les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de ceux qui n'en ont pas. Enfin, les médecins du SMR considèrent que l'épisode dépressif moyen retenu par le Dr H\_\_\_\_\_ ne remplit pas les critères diagnostics de la CIM-10, à savoir au moins six symptômes dépressifs dont au moins deux du symptôme du groupe B. Ils en tirent la conclusion que ce diagnostic ne peut être retenu et, par conséquent, l'incapacité de travail qui en résulte non plus. Les médecins du SMR font remarquer qu'il n'a jamais été reproché à l'assurée de simuler ; au contraire, le psychiatre du COMAI a relevé que les symptômes n'étaient ni produits intentionnellement ni feints et a retenu le diagnostic de trouble dissociatif et non celui de simulation. Selon les médecins du SMR, le fait que ce trouble dissociatif soit difficile à traiter ne le rend pas invalidant pour autant ; il est d'ailleurs présent depuis 2000 et n'a pas empêché l'assurée de travailler jusqu'en 2004. En définitive, les médecins du SMR reprochent au rapport d'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ d'être lacunaire, le statut psychiatrique ne faisant mention d'aucun élément objectif mais uniquement d'éléments anamnestiques. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 4 octobre 2007. Entendu à cette occasion, le Dr H\_\_\_\_\_ a confirmé la teneur de son rapport. Il a expliqué avoir vu la recourante à deux reprises, à raison d'une heure chaque fois. Son état régressif important, le trouble dissociatif dont elle souffre, le fait que toutes ses tentatives de réinsertion ont échoué et que son état de santé soit manifestement malade ont motivé la conclusion d'incapacité de travail. Le témoin a affirmé avoir également posé à l'assurée des questions quant à sa vie quotidienne auxquelles elle a répondu de manière peu précise. Il a émis l'opinion que ses constatations à cet égard ne sont pas en contradiction avec le rapport du COMAI. Le témoin a indiqué que l'assurée ne lui a pas donné l'impression d'avoir du plaisir à retourner au Portugal, à voir sa fratrie et à fréquenter des amis ne modifie en rien son appréciation comme le mentionne le rapport du COMAI. Le Dr H\_\_\_\_\_ a expliqué que l'assurée ne lui donne pas le sentiment d'être aussi bien intégrée qu'elle le dit et d'avoir un tissu social. Quant à savoir si cela est dû à son état de santé, le témoin a admis qu'il lui était difficile de répondre. Il a en tout cas constaté que la recourante se trouve aujourd'hui dans un état très régressif. S'agissant du diagnostic d'état dépressif moyen, le Dr H\_\_\_\_\_ a précisé que les critères diagnostiques les plus importants sont les troubles du sommeil, le manque de plaisir et la diminution de la libido. S'il n'y a pas de troubles du comportement alimentaire à proprement parler chez l'assurée, il y a peut-être cependant prise de poids. Le témoin a ajouté qu'il lui semblait que les critères

diagnostiques de la CIM-10 étaient remplis. Le Dr H\_\_\_\_\_ a affirmé que, dans le cas de la recourante, les différents diagnostics posés jouent tous un rôle dans l'incapacité de travail, direct ou indirect. Il est cependant difficile de faire une distinction. A titre d'exemple, le trouble de la personnalité n'est pas directement invalidant puisqu'il est présent depuis l'adolescence, mais il joue sans doute un rôle aggravant dans toute la symptomatologie. On peut ainsi penser que le trouble moteur dissociatif est en lien avec le trouble de la personnalité. Le Dr H\_\_\_\_\_ a dit ne pas bien comprendre le grief qui lui a été fait de ne pas s'être suffisamment basé sur des éléments objectifs. Il a indiqué l'avoir fait dans la mesure où, pour aboutir à ses conclusions, il s'est fondé sur le dossier qui lui a été remis et sur ses éléments d'observation en plus de ceux qu'a pu apporter la patiente. Selon le témoin, ce sont plutôt les douleurs qui sont l'expression de l'état dépressif et non celui-ci qui est consécutif aux douleurs. L'ensemble de la symptomatologie, même si elle paraît plutôt somatique, relève plutôt du psychique. Entendu à son tour, le Dr A\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée depuis 1996, a indiqué que c'est en 2004 que sont apparus simultanément les douleurs et l'état dépressif. Les douleurs étant diffuses mais sans substrat objectif, il a adressé sa patiente au Dr B\_\_\_\_\_ et une fibromyalgie a été diagnostiquée. Le Dr A\_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente est toujours venue à son cabinet accompagnée de son époux ; ce dernier a été décrit comme prenant « beaucoup de place », dans la mesure où c'est lui qui prend la parole. Le médecin a admis ne disposer que de peu d'éléments venant directement de la patiente. Il a expliqué que cette dernière n'a jamais été démonstrative mais qu'elle « n'avait cependant pas l'air bien ». Le Dr A\_\_\_\_\_ a précisé que douleurs et état dépressif sont inextricablement mêlés. Le second peut également se nourrir du conflit de couple. D'après ce qu'il sait, la vie quotidienne de la patiente n'est pas normale pour quelqu'un de son âge dans la mesure où elle ne fait plus rien à la maison et où elle passe les trois quarts de son temps couchée. Quelqu'un s'occupe du ménage et son mari prépare les repas. Pour sa part, le témoin a dit ne pas avoir pu constater d'état régressif, faisant cependant remarquer que c'était l'époux de la patiente qui s'exprimait prioritairement. Egalement entendu, le Dr B\_\_\_\_\_ a expliqué avoir vu la patiente pour la première fois en juillet 2003. Ses médecins avaient déjà posé les diagnostics de fibromyalgie et état dépressif anxieux. Elle souffrait de crispations musculaires à gauche, de tensions musculaires et de maux de tête. L'examen neurologique s'est révélé normal. Le Dr B\_\_\_\_\_ a également fait procéder à une polysomnographie qui, si elle n'a montré aucun problème respiratoire, a mis en évidence un sommeil fragmenté, compatible avec l'état hyperalgique de la patiente. Par la suite, le phénomène de tension musculaire à gauche s'est amplifié. Le médecin a pu constater un blocage de la nuque et du dos suite à un accident dont a été victime la patiente. Il a fait procéder à une électromyographie (examen des nerfs et des muscles) qui s'est également révélée normale. Finalement, il a adressé la patiente au Prof. I\_\_\_\_\_, spécialisé dans les mouvements involontaires, qui a procédé à une batterie d'examen neurologiques qui n'ont pas permis de conclure à une pathologie précise. Il n'en demeure pas moins que la patiente souffre objectivement de crispations musculaires plus marquées à gauche dont l'origine n'a pu être trouvée. Le Dr B\_\_\_\_\_ a dit avoir vu la patiente à onze reprises, toujours accompagnée de son époux. Il a indiqué avoir personnellement assisté aux crises spastiques ; le pied gauche de l'assurée se tord alors vers l'intérieur et son poing gauche se crispe de telle sorte que ses ongles pénètrent dans sa paume. Ces crises surviennent lorsque la patiente est stressée et peuvent durer plusieurs minutes. Le témoin a admis ne pas avoir d'explication neurologique précise à ce phénomène. Il a émis l'hypothèse qu'il s'agit de

l'expression d'un problème psychique, précisant que selon lui, la patiente n'est pas consciente de ce qu'il lui arrive. En tout cas, elle ne simule pas et n'est pas démonstrative. Selon le Dr B \_\_\_\_\_, du point de vue strictement neurologique, il n'y a pas d'incapacité de travail. Il a cependant ajouté que si l'on considère l'état de la patiente dans sa globalité, sa capacité est certainement atteinte sans qu'il puisse indiquer dans quelle mesure. La Dresse J \_\_\_\_\_ a indiqué avoir vu la patiente à deux reprises, accompagnée de son époux. Les examens n'ont révélé aucun signe neurologique objectif, ni maladie inflammatoire ni activité épileptique. Le témoin a expliqué avoir personnellement assisté à une crise importante et manifestation douloureuse qui a duré 15 à 20 minutes. La Dresse J \_\_\_\_\_ a émis l'avis que de tels symptômes peuvent être simulés mais a affirmé que cette éventualité ne lui a pas effleuré l'esprit dans le cas de l'assurée. La crise à laquelle elle a assisté l'a fortement impressionnée : la patiente était véritablement figée dans une posture et ses membres ne pouvaient être bougés, à tel point que les médecins étaient convaincus de trouver une origine organique à ces troubles. Ce n'est que parce que les examens se sont révélés négatifs qu'ils ont finalement conclu à une origine fonctionnelle, au vu également de l'ensemble de la situation psychique. Les neurologues ont finalement conclu à une maladie dissociative. Un suivi psychothérapeutique et des séances d'hypnose ont été préconisés. Le témoin a précisé que, dans cet objectif, la patiente a été vue par le Dr L \_\_\_\_\_, également neurologue, lequel pratique de telles séances. En sus des troubles constatés, des troubles psychologiques ont été constatés : la patiente paraissait très déprimée et montrait des signes cliniques tels qu'anxiété, pleurs, passivité. Le témoin a enfin précisé que les crises sont souvent provoquées par une activité ou une contrariété mais peuvent également survenir de nuit selon la patiente qui les dit quotidiennes. Monsieur Q \_\_\_\_\_, technicien en réadaptation depuis 19 ans, a expliqué que l'atelier de réadaptation de Beau-Séjour reçoit, outre les patients que lui adressent les différentes services de l'hôpital, les assurés que lui envoie l'Office cantonal de l'emploi lorsque leur aptitude au placement est mise en doute en raison de leur état de santé. L'aptitude au placement fait alors l'objet d'une évaluation lors d'un stage d'une durée d'environ un mois. C'est dans ce cadre que le témoin a été amené à observer l'assurée. Celle-ci a effectué un stage du 30 mai au 27 juin 2005. Cependant, le stage s'est limité concrètement à trois semaines, la patiente ayant ensuite été en arrêt. Aux dires du témoin, ces trois semaines ont cependant suffi pour se faire une idée claire de la situation. Sont en effet rapidement apparus des signes évidents et impressionnants de spasticité. S'y ajoutait l'état dépressif de la patiente. A l'époque, elle n'aurait pu suivre des consignes complexes, malgré sa motivation, qui ne faisait aucun doute. Seules des tâches répétitives de type « mise sous pli de 300 pièces par jour » pouvaient entrer en considération. Le rendement de l'assurée a été évalué à 40% sur une demi-journée, ce qui, selon le témoin, peut être considéré comme "gentil". Il a fait remarquer qu'à l'heure actuelle, il serait sans doute plus rigoureux et aurait conclu à un rendement inférieur. En effet, depuis lors, des critères plus pointus ont été mis en place avec l'OCE. Monsieur Q \_\_\_\_\_ a ajouté qu'il n'y avait aucun signe d'exagération ou de simulation de la part de l'assurée. Au contraire, celle-ci semblait heureuse de pouvoir s'occuper. Par ailleurs, il a précisé que le médecin qui a contresigné le rapport n'a jamais vu la patiente. Il s'agit simplement du responsable. Dans ses conclusions après enquête du 6 novembre 2007, l'intimé a relevé que le Dr H \_\_\_\_\_ s'est basé sur des éléments extra-médicaux pour conclure à une incapacité de travail ; il a ainsi indiqué que toutes les tentatives de réinsertion de l'assurée avaient échoué. Or, il ressort du dossier que la recourante n'a jamais tenté de réinsertion. L'intimé a également fait grief au Dr

H\_\_\_\_\_ de substituer sa propre appréciation aux éléments du dossier, afin de ne pas avoir à remettre en question son point de vue. L'intimé a notamment souligné qu'avant son arrêt de travail, la recourante a travaillé et fondé une famille, ce qui, selon lui, atteste bien d'une intégration, contrairement à ce qu'a laissé entendre le Dr H\_\_\_\_\_. L'intimé a par ailleurs relevé que le mari de l'assurée est omniprésent dans tous les contacts de cette dernière avec ses médecins ; c'est même lui qui explique les problèmes de santé de sa femme à ces derniers. L'intimé a, en outre, produit un avis du Dr G\_\_\_\_\_, du SMR, auquel les procès-verbaux des enquêtes ont été soumis. Le Dr G\_\_\_\_\_ fait remarquer que la diminution de la libido ne fait pas partie des symptômes diagnostiques d'un état dépressif selon la CIM-10 et qu'un épisode dépressif est qualifié de moyen selon cette dernière, lorsqu'au moins six symptômes sont présents. Le Dr H\_\_\_\_\_ n'en ayant énuméré que trois, il est pour lui clair que les critères pour ce diagnostic ne sont pas remplis. Le Dr G\_\_\_\_\_ a relevé en outre que le Dr B\_\_\_\_\_ a confirmé l'absence de pathologie neurologique et d'incapacité de travail sur le plan neurologique et que le Dr A\_\_\_\_\_ n'a apporté aucun élément médical objectif dont le SMR n'aurait pas eu connaissance. Quant au témoignage de la Dresse J\_\_\_\_\_, il concorde avec celui du Dr B\_\_\_\_\_, puisqu'aucune atteinte neurologique n'a été mise en évidence. Quant à la recourante, dans ses écritures après enquêtes, elle a fait grief au Dr G\_\_\_\_\_ de s'écarter des conclusions de l'expertise COMAI sans même l'avoir examinée. La recourante allègue que les constatations du Dr H\_\_\_\_\_ concordent avec celles du psychiatre du COMAI, puisque tous deux ont noté une régression massive et un trouble dépressif bien présent, et que la présence des critères typiques d'un état dépressif a également été constatée par l'ensemble des autres médecins qui l'ont examinée. Ainsi, la Dresse J\_\_\_\_\_ a relevé des troubles psychologiques importants et le test de Hamilton a abouti à un score correspondant à un état dépressif modéré à sévère. La recourante souligne que le Dr H\_\_\_\_\_ s'est entretenu seul avec elle à deux reprises, tout comme l'expert-psychiatre du COMAI. En résumé, elle considère que l'opinion du SMR est contredite par l'ensemble des éléments figurant au dossier et fait plus particulièrement remarquer que les experts du COMAI ont clairement distingué le trouble somatoforme douloureux de la dépression. Elle s'étonne que le Dr G\_\_\_\_\_ ait relevé que le rapport d'expertise du COMAI fournissait tous les éléments objectifs nécessaires à évaluer l'atteinte à sa santé et son impact sur la capacité de travail, pour s'écarter ensuite de ses conclusions. Elle s'insurge contre le fait qu'un médecin anesthésiologiste se livre à sa propre interprétation de deux expertises largement concordantes. Enfin, elle ajoute que ses troubles dissociatifs de conversion (crises spastiques) entraînent selon le COMAI une diminution de sa capacité de travail de 20% au moins et que le caractère invalidant de ses troubles a également été attesté par le Dr B\_\_\_\_\_. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 69 al. 1 let. a LAI). La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Le recours ayant été interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales

dans le domaine des assurances sociales. 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 litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse, du 22 février 2007, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>ème</sup> révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Déterminé par la décision du 22 février 2007 et les conclusions des parties, l'objet du litige concerne le droit de la recourante des prestations de l'assurance-invalidité, que ce soit sous forme de rente ou de mesure professionnelle, singulièrement le taux d'invalidité qu'elle présente. 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 l'assurée 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 présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Il convient de rappeler que la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). 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), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299 ). Ainsi, 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. 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 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). S'agissant de la valeur probante 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. Le médecin traitant n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. C'est la raison pour laquelle 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; ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme

objectivement fondés. Étant 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). 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité, 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 malade, 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). S'agissant plus particulièrement des troubles somatoformes douloureux, la jurisprudence admet qu'ils 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; arrêt I 683/03, du 12 mars 2004, 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 (ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.2) et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATFA I 457/02 du 18 mai 2004, consid. 6.3). La fibromyalgie peut être assimilée à un trouble somatoforme, plus particulièrement au

syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA I 123/04 du 6 juillet 2004 consid. 4.2.1 et I 721/02 du 10 mars 2003; cf. P. A. BUCHARD, «Peut-on encore poser le diagnostic de fibromyalgie?», in: Revue médicale de la Suisse romande 2001, p. 443ss, spéc. p. 446; cf. aussi MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in : Schaffhauser/Schlauri [éd.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St-Gall 2003, p. 64 n. 93). 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 une limitation de la capacité de travail susceptible d'entraîner une invalidité (ATFA I 683/03 précité, 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 s., 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 s.). 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 plus, - 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 s.) - raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 s. consid. 2b et les références; ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3 et les arrêts cités; voir également 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 distinctes ou d'un autre 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; ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss). 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, 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. ATFA I 683/03 précité consid. 2.2.5). En l'espèce, l'intimé a considéré que les critères permettant d'admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux dont souffre l'assurée ne sont pas remplis et que l'intéressée pourrait, malgré ses autres atteintes à la santé, exercer à plein temps, une activité adaptée à son état. L'intimé s'est principalement basé sur l'avis du Dr G \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie et médecin de dossiers au SMR. La recourante conteste quant à elle l'avis du Dr G \_\_\_\_\_ et se réfère d'une part à l'expertise bidisciplinaire pratiquée à la demande de l'OCAI par le Centre d'expertise médicale de Champel (COMAI), d'autre part sur la décision d'inaptitude au placement prononcée par l'OCE. Les médecins du COMAI ont retenu les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte d'intensité moyenne à sévère, de trouble dissociatif de conversion sous forme de spasmophilie, de cervicalgies et lombalgies communes chroniques et de probable trouble de la personnalité. Ils ont considéré que l'état anxio-dépressif est réactionnel non seulement aux douleurs de l'assurée mais également au comportement de son mari et, à moindre échelle, à l'état de santé défaillant de ses parents. Ces diagnostics rejoignent ceux posés par les Drs A \_\_\_\_\_ et B \_\_\_\_\_. Le premier a en effet retenu un état anxieux et une fibromyalgie, le second y a ajouté les diagnostics d'état dépressif intercurrent et de spasmophilie. Quant au Dr H \_\_\_\_\_, il a retenu les mêmes diagnostics, à l'exception de celui de trouble anxieux et dépressif mixte, qu'il a écarté au profit de celui d'épisode dépressif moyen. Les explications données par le Dr H \_\_\_\_\_ à cette divergence n'apparaissent toutefois pas très convaincantes. Ainsi, on ne voit pas que le seul fait d'avoir suivi un traitement psychothérapeutique puisse apparaître comme une preuve de la gravité de l'épisode dépressif. Par ailleurs, interrogé par le Tribunal de céans, le Dr H \_\_\_\_\_ n'a pu énoncer que trois critères diagnostiques, à savoir les troubles du sommeil, un manque de plaisir et la diminution de la libido. Pour le reste, il a indiqué qu'il lui semblait que les critères diagnostiques de la CIM-10 étaient remplis. Cette appréciation, dans la mesure où elle n'est pas suffisamment étayée, ne permet pas de s'écarter de l'avis des médecins du COMAI. Quoi qu'il en soit, que l'on retienne le diagnostic de trouble mixte anxieux et dépressif ou celui d'épisode dépressif de gravité moyenne, importe finalement peu dans la mesure où ni l'un ni l'autre de ces diagnostics ne saurait être considéré comme une comorbidité suffisante au sens de la jurisprudence dont il faut rappeler qu'elle exige la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, étant précisé que lorsqu'un trouble dépressif accompagne un trouble somatoforme douloureux et qu'il apparaît comme une réaction à celui-ci, il ne constitue pas une affection autonome, distincte du syndrome douloureux psychogène, au sens d'une comorbidité psychiatrique manifeste d'une acuité et d'une durée importantes (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence à Meyer-Blaser, op. cit., p. 81 et la note 135). En l'état, seul pourrait peut-être constituer une comorbidité psychiatrique importante - permettant de reconnaître un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux dont souffre l'assurée - le trouble dissociatif de conversion se manifestant sous forme de

spasmophilie. En effet, tant le Dr J \_\_\_\_\_ que le Dr A \_\_\_\_\_, le Dr B \_\_\_\_\_ ou Monsieur Q \_\_\_\_\_ l'ont estimé invalidant. Quant aux experts du COMAI, ils ont également admis dans leur discussion que les crises spastiques - qui se manifestent plusieurs fois par semaine voire par jour - amènent des interruptions forcées d'activité qui peuvent durer entre 20 minutes à 2 heures. Cependant, si les médecins du COMAI ont conclu à une incapacité de travail de 20% au moins depuis l'apparition de la spasmophilie en avril 2004, ils ont également fait figurer le trouble dissociatif de conversion au nombre des diagnostics "sans répercussion sur la capacité de travail", ce qui apparaît pour le moins contradictoire. Aucun des médecins consultés ne s'est finalement prononcé précisément sur la répercussion de ce trouble sur la capacité de travail de l'assurée. Le Dr H \_\_\_\_\_ s'est ainsi déclaré dans l'incapacité de distinguer les répercussions sur la capacité de travail des différents diagnostics posés. En conséquence, il est impossible en l'état au Tribunal de céans de déterminer la gravité de ce trouble dissociatif de conversion et de trancher la question de savoir s'il doit être considéré ou non comme une comorbidité importante au sens de la jurisprudence. Il est néanmoins indispensable de trancher cette question car les autres critères permettant de reconnaître un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux, ne sont manifestement pas réunis en l'espèce. En effet, aucune atteinte physique n'a été démontrée. Le Tribunal de céans n'est pas non plus convaincu qu'il y ait perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. En effet, il ressort de l'expertise du COMAI que l'assurée vit "dans un état qui ne lui semble pas trop désagréable, dont elle ne cherche pas à s'extraire au plus vite", qu'elle rend visite à sa famille au Portugal et continue à mener une vie certes retirée mais qui semblait déjà l'être auparavant. Le Dr H \_\_\_\_\_ en a certes jugé différemment. Il n'a cependant étayé sa conclusion que par le fait que l'assurée "ne lui avait pas donné l'impression d'avoir du plaisir à retourner au Portugal, à voir sa fratrie et à fréquenter ses amis". L'appréciation du Dr H \_\_\_\_\_ n'est ainsi étayée par aucun élément objectif. Par ailleurs, il semble que les traits de personnalité dont fait montre l'assurée ne sont peut être pas étrangers au développement moindre de sa vie sociale ainsi que l'a d'ailleurs reconnu le Dr H \_\_\_\_\_ en audience. Quant à l'état psychique de l'assurée, tous les médecins se sont accordés à conclure que son état psychique n'est pas cristallisé et que des mesures thérapeutiques pourraient améliorer de manière notable la symptomatologie. Même le Dr H \_\_\_\_\_ n'a pu affirmer péremptoirement le contraire. Il n'est donc nullement allégué que l'assurée aurait tenté tous les traitements possibles et que l'ensemble de ceux-ci se seraient soldés par un échec. Au contraire, tous les médecins préconisent la mise sur pied d'un traitement psychiatrique dont ils attendent que les capacités de l'assurée sortent améliorées. Quant à la question de l'influence éventuelle du trouble dissociatif de conversion et du trouble de la personnalité sur la capacité de travail de l'assurée - les autres diagnostics devant être considérés comme formant un tout avec le trouble somatoforme douloureux - le Tribunal de céans constate qu'il n'a - là encore - pas suffisamment d'éléments pour se prononcer en connaissance de cause. En effet, les avis des différents médecins divergent sur ce point. Le Dr A \_\_\_\_\_ conclut à une incapacité totale de travail depuis juillet 2004, tout comme le Dr D \_\_\_\_\_ et le Dr B \_\_\_\_\_. Ces derniers ont toutefois précisé que, par la suite, la patiente a recouvré une capacité de 50 % à compter de février 2005. Tant que le Dr E \_\_\_\_\_ que le Dr H \_\_\_\_\_ ont retenu un trouble mixte de la personnalité avec traits dépendants et immatures. Le premier ne lui a cependant pas reconnu de caractère invalidant, à la différence du second, qui ne fournit cependant aucun élément objectif attestant d'une décompensation de ce trouble qui justifierait une incapacité de travail. Interrogé sur ce point en audience, le Dr H \_\_\_\_\_

a simplement indiqué que "l'assurée ne lui donnait pas le sentiment d'être aussi bien intégrée qu'elle le dit". Il a cependant admis qu'il lui était difficile de répondre à la question de savoir si cela était dû à son état de santé. Il a également admis que l'assurée n'a répondu que de manière peu précise à ses questions sur sa vie quotidienne. Le Dr H \_\_\_\_\_ s'est par ailleurs déclaré dans l'incapacité d'indiquer quels diagnostics avaient une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Il a reconnu que le trouble de la personnalité n'était pas directement invalidant puisqu'il est présent depuis l'adolescence, mais a suggéré qu'il pourrait avoir un rôle aggravant. Le psychiatre du COMAI, le Dr E \_\_\_\_\_, a certes exprimé l'avis que l'assurée devrait pouvoir retrouver une capacité de travail entière, mais à la condition qu'elle arrive à surmonter son état anxieux dépressif avec une aide spécialisée. Il s'agit donc là d'une capacité de travail "conditionnelle" et théorique. Quant au fait que l'assurance chômage ait reconnu l'inaptitude au placement de l'assurée, cela n'est pas relevant car l'assurance invalidité - à la différence de l'assurance chômage - ne tient pas compte des particularités du monde du travail actuel. En effet, en matière d'assurance invalidité, l'administration (ou le juge) applique la notion de marché équilibré du travail, notion théorique et abstraite, servant de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité, de l'assurance-accidents ou de l'assurance militaire. Ladite notion implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés (cf. ATF 110 V 276 consid. 3b; RCC p. 332 consid. 3b). C'est le lieu de rappeler que l'assurance-invalidité et l'assurance-chômage ne sont pas deux branches d'assurance complémentaires. Ainsi, le taux de la capacité de gain résiduelle d'une personne handicapée, sur lequel on se base pour calculer le gain assuré, ajouté au degré d'invalidité calculé conformément à la LAI, ne doit pas nécessairement être toujours égal à 100 pour cent. Ainsi, les organes de l'assurance-chômage déterminent l'aptitude au placement des personnes handicapées de manière essentiellement autonome, en collaboration avec les organes compétents de l'assurance-invalidité. A l'inverse, les décisions rendues par les organes de l'assurance-chômage au sujet de l'aptitude au placement des personnes handicapées n'ont pas d'influence sur l'évaluation de leur capacité de travail et de gain effectuée par les organes de l'AI (art. 28 al. 2 LAI, art. 15 LACI, art. 15 al. 1 et 3 OACI) Eu égard aux considérations qui précèdent, le Tribunal de céans considère que le dossier n'est pas en état d'être jugé dans la mesure où aucun des médecins interrogés n'a été en mesure de se déterminer avec précision sur les répercussions du trouble dissociatif de conversion s'exprimant sous forme de spasmophilie sur la capacité de travail de l'assurée. Les éléments pour qualifier la gravité de ce trouble et déterminer s'il doit être considéré comme une comorbidité suffisante au sens de la jurisprudence font également défaut. Il conviendrait d'investiguer ces points avec précision pour pouvoir trancher la question de savoir si ce trouble psychique peut être considéré comme grave et invalidant et, dans l'affirmative, à quel point. L'avis du Dr G \_\_\_\_\_, qui n'a fait que se prononcer sur le dossier de l'assurée et ne dispose pas des connaissances spécialisées requises ne saurait suffire. Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a, en principe, le choix entre deux solutions, soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Eu égard aux

considérations qui précèdent, le recours est admis et la cause renvoyée à l'intimé afin que ce dernier, après avoir fait procéder à une expertise psychiatrique par un médecin spécialisé en la matière afin de déterminer la gravité des troubles moteurs dissociatifs et la mesure dans laquelle ils influencent la capacité de travail de l'assurée, se détermine sur le degré d'invalidité de la recourante et son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 1'500 fr. à titre de dépens. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé. 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 Brigitte LUSCHER La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.