

## **GE\_GERICHTE A/2239/2007 vom 22. Oktober 2002**

GE Cour de justice, 2002-10-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2239\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2239_2007)

FR: GE\_GERICHTE A/2239/2007 du 22 octobre 2002

IT: GE\_GERICHTE A/2239/2007 del 22 ottobre 2002

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 14.05.2010  
A/2239/2007

A/2239/2007 ATAS/531/2010 du 14.05.2010 ( AI ) , REJETE Recours TF déposé le 05.07.2010, rendu le 09.07.2010, DROIT PUBLIC, 9C\_552/2010 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2239/2007 ATAS/531/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 3 du 14 mai 2010 En la cause Madame F\_\_\_\_\_, domiciliée c/ Madame G\_\_\_\_\_, à PERLY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître SEIDLER Pierre recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT La capacité auditive de Madame F\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1971, est atteinte depuis son enfance. L'assurée souffre également d'une spondylarthrite ankylosante au niveau des vertèbres lombaires, diagnostiquée en 1999. Elle a travaillé en dernier lieu pour la FONDATION D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE (FSASD), d'abord en tant qu'aide familiale, de septembre 1995 à août 1999, puis en tant qu'assistante administrative, à compter du mois de septembre 1999. En 2001, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité qui devait la rejeter ultérieurement, par décision du 22 octobre 2002. Dans l'intervalle, le 9 avril 2002, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation. Au lendemain de celui-ci, elle a été examinée par la Dresse L\_\_\_\_\_, son médecin traitant, qui a diagnostiqué une contracture cervicale et un choc psychologique et post-traumatique et l'a mise en arrêt de travail. ZURICH ASSURANCES, en sa qualité d'assureur-accidents, a pris en charge le cas et versé les prestations légales. Le 23 février 2004, le Dr M\_\_\_\_\_, neurologue, a établi à la demande de l'assureur-accidents un rapport d'expertise. Il ne relevait aucune particularité dans l'anamnèse familiale. Quant à l'anamnèse personnelle, elle faisait apparaître une spondylarthrite ankylosante, diagnostiquée depuis mars 1999, bien contrôlée par la prise d'anti-douleurs. A l'époque de l'expertise, l'assurée se plaignait de douleurs vives à l'épaule droite et dans le bras, de céphalées irradiantes à droite et de sensations vertigineuses désagréables. L'expert n'a cependant constaté aucun signe neurologique déficitaire, les différents examens radiologiques excluant la présence de lésions traumatiques des structures ostéo-ligamentaires ou discales de la colonne cervicale. Il n'a pas non plus constaté de limitation de la mobilité de la colonne ou de fibromyalgie segmentaire. Selon lui, la patiente n'était pas déprimée et sa collaboration était excellente. L'expert a relevé que les douleurs et les sensations vertigineuses ressenties par la patiente étaient restées inchangées depuis l'accident. Il a conclu à un status après entorse cervicale simple et à un syndrome de whiplash chronique avec plaintes subjectives d'ordre somatique. Le syndrome douloureux, au premier plan, était apparu après l'accident du 9 avril 2002. L'expert a exclu que la spondylarthrite ankylosante ait influencé défavorablement l'évolution des séquelles

subjectives de l'entorse cervicale simple. En revanche, il a émis l'avis que l'arrêt total de l'activité professionnelle et les thérapies impliquant des doses excessives d'analgésiques n'avaient certainement pas influencé favorablement le syndrome douloureux. Selon l'expert, après un traitement dans un centre spécialisé de trois semaines tel que proposé par le médecin-traitant, la patiente devrait se soumettre à un traitement de tricycliques pour moduler le syndrome douloureux et à une thérapie cognitive et comportementale. L'expert préconisait également l'arrêt de la physiothérapie. Après la cure, la patiente pourrait, selon lui, reprendre son activité d'assistante administrative à 30%. Ce n'est que douze mois après cette reprise que l'on pourrait répondre, à son avis, à la question de savoir si l'assurée souffrait d'une atteinte importante et durable à son intégrité en lien avec l'accident. En date du 4 mai 2004, l'assurée a déposé une seconde demande de rente auprès de l'OAI en alléguant souffrir, depuis le 9 avril 2002, de douleurs constantes, de vertiges et d'une diminution de la concentration et être limitée dans l'utilisation de son bras droit à 80%. Le 29 septembre 2004, l'assurée a notamment produit un rapport établi à sa sortie du service de rhumatologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), le 15 mars 2004, après qu'elle y a séjourné du 1<sup>er</sup> au 12 mars. Ce rapport retient les diagnostics de cervicalgies chroniques sur coup du lapin, de spondylarthrite ankylosante, de hernie hiatale et d'hypoacousie congénitale appareillée. Il précise que l'origine inflammatoire des cervicalgies a pu être exclue, que les traitements antalgiques et la physiothérapie n'ont pas permis d'enrayer les douleurs au niveau cervical, que les spécialistes de la douleur consultés ont proposé l'introduction de petites doses d'antidépresseurs tricycliques dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique, mais que l'assurée n'avait pas souscrit à ce traitement. Le dossier de l'assurée a été soumis au Dr N \_\_\_\_\_, du Service régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), qui, en date du 19 octobre 2004, a émis l'avis que l'examen pratiqué par les HUG en mars 2004 était rassurant puisqu'il ne mettait en évidence aucune lésion particulière susceptible d'expliquer l'intensité des plaintes, qui étaient importantes. Le Dr N \_\_\_\_\_ a relevé que l'assurée avait refusé une partie du traitement qui lui avait été proposé, élément dont il a estimé qu'il corroborait le syndrome douloureux chronique retenu. En définitive, il a considéré qu'il n'y avait aucun élément objectif permettant de conclure à une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Le 20 octobre 2004, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations, au motif qu'une précédente demande avait déjà été refusée et qu'un nouvel examen ne pouvait intervenir que si l'état de santé s'était modifié après cette date, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Par courrier du 18 novembre 2004, la Dresse O \_\_\_\_\_, rhumatologue, a fait remarquer à l'OAI que la première demande déposée par l'assurée était motivée par une spondylarthrite ankylosante touchant principalement les sacro-iliaques et la colonne lombaire, que cette demande était antérieure à l'accident de voiture qui avait entraîné des cervicalgies post-traumatiques et depuis lequel elle était en arrêt de travail et que tous les traitements s'étaient révélés peu efficaces ; un essai de reprise de travail tenté peu de temps auparavant s'était soldé par un échec. Un changement était donc intervenu depuis le dépôt de la première demande de prestations, sous la forme d'apparition de cervicalgies post-traumatiques invalidantes. Le 19 novembre 2004, l'assurée a formé opposition à la décision de l'OAI du 20 octobre 2004. Elle alléguait que si elle avait effectivement déposé une demande de prestations le 2 avril 2001, elle l'avait ensuite retirée le 1<sup>er</sup> septembre 2001, au motif qu'elle souhaitait travailler à tout prix, nonobstant ses problèmes de santé. L'OAI avait malgré tout rendu en date du 22 octobre 2002 une décision rejetant la demande en question. Pour le surplus, l'assurée soutenait qu'au vu son état de santé, une rente entière

devait désormais lui être octroyée. A l'appui de ses dires, elle produisait, en sus du rapport des HUG du 15 mars 2004, un courrier rédigé par la Dresse P \_\_\_\_\_ en date du 12 novembre 2004, précisant que la nouvelle demande de prestations concernait les séquelles subies par sa patiente suite à l'accident dont elle avait été victime en avril 2002 ; le médecin expliquait que l'assurée avait subi à deux reprises un traumatisme d'accélération - décélération et souffrait de cervicalgies chroniques invalidantes avec brachialgies droites irradiant jusqu'aux doigts. Le 16 décembre 2004, l'OAI a rendu une décision aux termes de laquelle il a annulé sa décision du 20 octobre 2004 et repris l'instruction de la cause. Le 18 février 2005, SWICA, en sa qualité d'assureur perte de gain en cas de maladie, a adressé à l'OAI un rapport d'expertise du Dr Q \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique, établi en janvier 2005. Ce médecin observait que le jour de la consultation, l'assurée présentait des cervicalgies relativement importantes à l'examen clinique. Les bilans radiologiques effectués n'avaient montré aucune lésion traumatique objective. La capacité de travail dans l'activité d'assistante administrative était qualifiée de nulle. En date du 29 mai 2006, la Dresse O \_\_\_\_\_ a exposé à l'OAI que sa patiente présentait depuis novembre 2005 une récurrence de sa maladie inflammatoire (maladie de Bechterev). Les douleurs au niveau du rachis étaient de type inflammatoire, prédominaient le matin et répondaient bien aux stéroïdes. Une IRM du rachis effectuée en février 2006 avait montré de discrets signes inflammatoires au niveau du bord antérieur des plateaux, compatibles avec le diagnostic. Le 13 juillet 2006, le Dr R \_\_\_\_\_, du SMR, a émis l'avis qu'au vu du dossier, l'assurée présentait deux pathologies distinctes, soit une spondylarthrite ankylosante connue de longue date - non invalidante en dehors des rares poussées inflammatoires - et des cervicalgies chroniques après un whiplash survenu le 9 avril 2002. Il a relevé que l'expertise du Dr M \_\_\_\_\_ n'avait montré aucune atteinte objective et estimé qu'il était dès lors impossible de se ranger à l'estimation de ce médecin s'agissant de la capacité de travail de l'assurée. Quant à l'expertise du Dr Q \_\_\_\_\_ effectuée à la demande de l'assureur-maladie, il l'a jugée lacunaire et peu précise, raison pour laquelle il a également écarté l'évaluation de la capacité de travail à laquelle s'était livrée le médecin. Le Dr R \_\_\_\_\_ ajoutait que le dossier ne mentionnait par ailleurs aucune atteinte psychiatrique et que l'absence d'une pathologie dans ce domaine avait même été mentionnée à deux occasions. Il en tirait la conclusion qu'une expertise pluridisciplinaire serait prématurée et qu'il convenait d'abord de préciser les limitations fonctionnelles ostéo-articulaires objectives. L'assurée a dès lors été adressée au Dr S \_\_\_\_\_, rhumatologue. Dans son rapport du 24 octobre 2006, ce dernier a relaté que l'assurée souffrait de douleurs lombaires inférieures se prolongeant sur un trajet postérieur depuis environ 1993, tantôt à gauche tantôt à droite, parfois même des deux côtés, qu'il s'agissait là de symptômes récurrents, alternant les périodes d'exacerbation et d'accalmie justifiant des mesures conservatrices alliant la prise d'antalgiques, d'anti-inflammatoires et de la physiothérapie, lesquels ne s'étaient toutefois pas révélés véritablement efficaces, de sorte que les symptômes avaient persisté. Une nouvelle aggravation des symptômes avait été à l'origine d'une hospitalisation dans le service de rhumatologie aux HUG en mars 1999. Le diagnostic de spondylarthrite ankylosante avait alors été posé. Sous traitement, les symptômes liés à cette maladie étaient restés plutôt stationnaires, bien que fluctuants. Suite à un accident en avril 2002, des cervico-brachialgies, accompagnées d'une hypo-sensibilité et d'une altération de la force globale du membre supérieur droit, étaient apparues. Les examens complémentaires avaient confirmé la présence d'une sacro-iliite bilatérale prédominant du côté gauche, avec mise au carré des vertèbres (L5) et remaniement du

plateau supérieur de L3, typique d'une atteinte axiale de la spondylarthrite. L'expert a finalement retenu les diagnostics de cervico-brachialgies droites dans un contexte de syndrome douloureux persistant, de spondylarthrite ankylosante HLA-B27 positive et d'hypoacousie congénitale bilatérale. En résumé, l'assurée présentait selon lui une atteinte inflammatoire rachidienne concordante dans un contexte de spondylarthrite ankylosante, l'anamnèse restant évocatrice d'une entité inflammatoire marquée par des douleurs nocturnes et une raideur matinale. L'examen clinique montrait un syndrome lombovertébral discret à modéré où l'on notait principalement une rectitude lombaire inférieure et des douleurs localisées de la charnière lombosacrée. Il n'y avait pas ni atteinte du squelette périphérique, ni arthrite, synovite ou enthésite ni altération de la mobilité des grosses comme des petites articulations périphériques. Il n'y avait d'ailleurs pas d'explication claire à la symptomatologie cervico-brachiale : le contexte radiologique était rassurant et l'examen clinique ne révélait aucune limitation fonctionnelle des cervicales ou du membre supérieur. Des signes de surcharge comportementaux évocateurs d'un syndrome douloureux persistant étaient observés. L'expert a estimé que, du point de vue rhumatologique, l'assurée conservait une capacité de travail de 80% dans une activité légère, excluant les ports de charges de plus de 10 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et permettant l'alternance des positions assise et debout. En conséquence, selon lui, l'activité administrative exercée par l'assurée était adaptée. Le 10 novembre 2006, le Dr R \_\_\_\_\_, du SMR, a émis l'avis qu'au vu du diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant évoqué par le Dr S \_\_\_\_\_, une expertise psychiatrique était nécessaire. Le 4 janvier 2007, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge une expertise médicale ambulatoire qu'il comptait confier au Dr T \_\_\_\_\_. Un délai de dix jours lui était imparti pour faire valoir un éventuel motif de récusation. Le 11 janvier 2007, l'assurée a écrit à l'OAI qu'elle récusait l'expert mandaté, le Dr T \_\_\_\_\_. Elle alléguait que l'ensemble des médecins, y compris ceux des HUG, avaient unanimement considéré que sa maladie invalidante était la spondylarthrite ankylosante chronique. Elle ne comprenait dès lors pas pour quelle raison elle devait voir un psychiatre, puisqu'aucun expert n'avait retenu de problèmes psychologiques. Elle ne s'opposait en revanche pas à un rendez-vous avec un expert en maladies rhumatismales. Elle ajoutait que son médecin traitant, la Dresse P \_\_\_\_\_, lui avait conseillé de refuser catégoriquement un examen par le Dr T \_\_\_\_\_, son psychisme étant tout à fait remarquable. Le 31 janvier 2007, l'OAI a expliqué à l'assurée que la mise en place d'une expertise psychiatrique avait été décidée au vu du diagnostic de syndrome douloureux persistant évoqué. Il lui a par ailleurs rappelé qu'elle était tenue de se soumettre aux examens médicaux raisonnablement exigibles et nécessaires à l'appréciation de son cas. L'OAI a souligné qu'en application des dispositions légales, un refus de se soumettre à l'expertise serait considéré comme un refus de collaborer ayant pour conséquence une décision rendue en l'état du dossier. Un délai de quatorze jours lui était imparti pour présenter ses éventuelles remarques. Le 19 février 2007, la Dresse P \_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI un courrier aux termes duquel elle a rappelé que sa patiente souffrait d'une spondylarthrite ankylosante évolutive depuis 1999, que cette pathologie avait pu être maîtrisée mais avait nécessité une réhabilitation professionnelle qui lui avait permis d'assurer son travail au sein d'une équipe de la FSASD de manière tout à fait régulière et à la pleine satisfaction de ses employeurs, jusqu'au jour de l'accident, en avril 2002, qui avait occasionné un coup du lapin sans lésion radiologiquement objectivable. Des séquelles importantes avaient persisté, sous la forme de cervico-brachialgies, de troubles

neuro-végétatifs et de troubles de la concentration. L'assurée n'avait jamais souffert de troubles psychiatriques. Elle avait toujours pu faire face à ses obligations, suivi scrupuleusement les conseils médicaux et toujours accepté de se soumettre aux contrôles des spécialistes. Le 28 février 2007, le conseil de l'assurée a à son tour adressé à l'OAI un courrier affirmant que sa mandante ne souffrait d'aucune affection psychique et contestant le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Il en ressortait que l'assurée refusait en conséquence de se soumettre à un examen supplémentaire, dont elle estimait qu'il avait été ordonné sur la base de prémisses erronées. Le 15 mars 2007, le Dr R\_\_\_\_\_ a constaté qu'il devrait dès lors se prononcer en l'état du dossier. Se référant à l'expertise du Dr S\_\_\_\_\_, il a retenu que l'incapacité de travail de l'assurée atteignait 20% dans une activité administrative, au vu des limitations fonctionnelles observées. Par ailleurs, l'incapacité de travail avait été pratiquement ininterrompue depuis le 16 septembre 2003. Le 20 mars 2007, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande de prestations. Le 18 avril 2007, le conseil de l'assurée a contesté ce projet en alléguant que sa mandante souffrait d'une hypoacousie congénitale bilatérale et d'une spondylarthrite ankylosante l'empêchant totalement de travailler mais en aucun cas d'un trouble somatoforme douloureux. Le 8 mai 2007, l'OAI a rendu une décision aux termes de laquelle il a nié le droit de l'assurée à toute prestation. Constatant que l'intéressée avait refusé de se soumettre à une expertise psychiatrique, il s'est référé à l'avis du SMR et a retenu une diminution de la capacité de travail de 20% eu égard aux limitations fonctionnelles objectives. Le degré d'invalidité, fixé ainsi à 20%, était insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Considérant par ailleurs que l'activité précédemment exercée par l'assurée était adaptée à son état de santé, l'OAI a estimé que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. Par courrier du 6 juin 2007, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle fait valoir qu'elle a toujours fait preuve d'une très grande volonté, ce qui lui a permis de suivre une scolarité normale malgré son problème d'audition. Elle fait remarquer que lorsqu'elle a dû renoncer à exercer son métier d'aide familiale en 1999, elle a trouvé par elle-même une place d'assistante administrative, qui lui a permis d'adapter sa position de travail de manière à diminuer les douleurs. Sa spondylarthrite ankylosante a cependant empiré par la suite. S'y est ajouté l'accident du 9 avril 2002, à compter duquel elle a été mise en arrêt de travail, d'abord à 100% durant plus de cinq semaines, puis à 50% pour une nouvelle durée de cinq semaines. Du 11 novembre 2002 au 21 janvier 2004, elle a bénéficié d'arrêts de travail variant entre 0% et 100%. A compter du 22 janvier 2004, elle a été définitivement et totalement dans l'incapacité de travailler, raison pour laquelle elle a déposé une nouvelle demande de prestations. Elle explique avoir fait une dernière tentative de reprise à 30% en septembre 2004, qui s'est soldée par un échec en raison des douleurs violentes qu'elle a ressenties. La recourante reproche à l'OAI de se baser uniquement sur le rapport d'expertise du Dr S\_\_\_\_\_, rapport qui, selon elle, est quelque peu arbitraire, puisqu'il a été rédigé après seulement trois heures et demie d'entretien. Elle fait grief au médecin de ne pas l'avoir réellement auscultée et s'étonne de ce qu'il conclue à une capacité de travail de 80%, alors que l'ensemble des autres rapports médicaux concluent à une incapacité de travail totale. Elle allègue par ailleurs que son état de santé s'est tellement dégradé depuis le dépôt de sa demande de rente en 2004 qu'elle a dû retourner vivre chez sa mère le 1<sup>er</sup> août 2006. En effet, elle n'arrivait plus à assumer son ménage seule. Elle explique enfin son refus de se soumettre à une expertise psychiatrique par la lassitude ressentie face au manque de

compréhension de l'OAI, malgré les multiples rapports médicaux en sa faveur. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 18 juillet 2007, a conclu au rejet du recours. Il soutient que l'expertise du Dr S \_\_\_\_\_ répond en tous points aux critères posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante et qu'une instruction complémentaire ne se justifie pas, les actes médicaux ne devant pas être complétés au seul motif qu'un examen supplémentaire pourrait éventuellement aboutir à une appréciation différente. En date du 28 août 2008, une audience d'enquêtes s'est tenue devant le Tribunal de céans, qui a procédé à l'audition de plusieurs témoins. Monsieur H \_\_\_\_\_, thérapeute, a déclaré : « J'ai vu Mme F \_\_\_\_\_ pour la première fois en avril 2005. La souffrance physique était telle qu'elle occasionnait d'importantes contractures musculaires, principalement dans le dos, mais se répercutant sur la totalité du corps. (...) N'étant pas médecin, je ne peux pas poser de diagnostics. Ce que je peux dire en revanche, c'est que je constate que les douleurs sont importantes et ce, de manière continue, ainsi qu'en atteste la réaction que je peux constater au niveau de la peau et des muscles. Pour que cela se manifeste même au niveau des jambes, des cuisses et de l'avant-bras, c'est que les douleurs sont suffisamment importantes pour entraîner une crispation de tout le corps. A mon avis, l'accident subi au niveau des cervicales n'a fait qu'aggraver la situation. Je ne peux pas imaginer que Mme F \_\_\_\_\_ puisse travailler. Ses douleurs ne surviennent en effet pas suite à l'adoption d'une position ou à des efforts mais de manière aléatoire, de sorte qu'il serait difficile de faire montre de régularité. Peut-être que sans l'accident, tel n'aurait pas été le cas, mais il m'est difficile de me prononcer. » Le Dr Q \_\_\_\_\_, médecin, a indiqué : « Je précise que je n'ai vu Mme F \_\_\_\_\_ qu'à une seule occasion dans le cadre de l'expertise que le Dr U \_\_\_\_\_ (médecin conseil de SWICA) m'a demandée en ma qualité de spécialiste en chirurgie orthopédique. C'était le 7 janvier 2005. Je n'ai pas revu la patiente depuis lors. A l'examen, j'ai constaté que la patiente souffrait de cervicalgies assez importantes. L'examen clinique avait d'ailleurs été difficile car elle était très algique. J'ai d'ailleurs constaté une diminution globale de la mobilité de la nuque, des contractures musculaires jusqu'au niveau des épaules, des douleurs à la palpation de la musculature vertébrale au niveau dorsal et une diminution globale de la mobilité de l'ensemble de la colonne vertébrale. Au niveau des épaules et des membres supérieurs, la mobilité était complète, j'ai néanmoins noté une diminution de la force dans le membre supérieur droit, y compris la main. Il m'est très difficile de répondre précisément à la question de savoir lesquels de ces troubles sont d'origine organique. En effet, Madame a été victime d'un accident en avril 2002 et je l'ai vue en janvier 2005. Suite à ce type d'accident, il est difficile de faire la part des choses entre les troubles somatiques consécutifs à des lésions objectives et les autres troubles. Ce que je peux dire, c'est que sur les examens d'imageries auxquels il a été procédé suite à l'accident, aucune lésion osseuse, ligamentaire ou autre n'a pu être mise en évidence. (...) De manière tout à fait générale, il ressort des statistiques qu'une personne qui souffre de troubles du rachis et qui n'a pu reprendre une activité dans les six mois suivant le traumatisme s'installera dans un état de chronicité induisant des troubles tels qu'un état dépressif, une perte de l'envie et de la motivation, bref des troubles qui ne sont pas somatiques mais qui rendront la réinsertion professionnelle d'autant plus difficile. Compte tenu du fait que la spondylarthrite est bien antérieure à l'accident, d'une part, et qu'elle touche la zone sacro-iliaque, c'est-à-dire le bassin, d'autre part, il est établi qu'elle n'exerce aucune influence sur l'incapacité de travail de la patiente. (...) S'agissant de la capacité de travail de la patiente, je l'ai estimée à 0% dans son activité d'assistante administrative au moment de l'expertise. Je ne vois pas quelle activité pourrait être mieux

adaptée. Il s'agit en effet d'une activité qu'on peut qualifier de légère. Il est vrai cependant qu'elle peut impliquer de conserver une position assise prolongée devant un écran, ce qui n'est pas idéal pour les cervicales. C'est la raison pour laquelle j'avais proposé une reprise du travail à 50% avec un horaire "à la carte" car j'ai décelé chez la patiente une motivation assez forte de reprendre le travail (...). De manière générale, on sait que les personnes ayant développé des troubles chroniques suite à un accident touchant le rachis ont souvent besoin d'un soutien psychologique. Lorsque j'ai vu la patiente, je n'ai cependant pas eu l'impression que tel était son cas car elle faisait montre d'une grande motivation. Je ne sais quelle est la situation à l'heure actuelle mais il se pourrait, si l'arrêt s'est encore prolongé, qu'elle ait besoin d'un tel soutien pour se réinsérer. Je trouve regrettable de constater que près de six ans après un accident somme tout banal la patiente se trouve dans cet état. Je pense que si l'on avait suivi mes conseils pour la réinsérer le plus rapidement possible, elle n'en serait pas là. » Quant au Dr U\_\_\_\_\_, médecin, il a exposé : « Je n'ai vu Mme F\_\_\_\_\_ qu'à une seule occasion, le 13 juin 2005. Mon rôle s'est limité, en ma qualité de médecin conseil de l'assureur perte de gain de son employeur, à lui transmettre les conclusions du Dr Q\_\_\_\_\_, médecin que nous avons à l'époque mandaté comme expert. (...) Je n'ai pas personnellement pris de conclusions sur le dossier de Madame. Mon rôle s'est limité à celui d'intermédiaire. J'ai communiqué les conclusions du Dr Q\_\_\_\_\_ à l'assureur. » En date du 23 octobre 2008, le Tribunal a au surplus procédé à l'audition de la Dresse P\_\_\_\_\_, médecin-généraliste traitant, qui a déclaré : « Je suis Madame F\_\_\_\_\_ depuis 1999. C'est à cette époque que le diagnostic de spondylarthrite ankylosante a été posé; les symptômes étaient présents depuis 1994. Cette maladie a été assez bien maîtrisée grâce aux traitements classiques. (...) En février 2002, est survenu l'accident de la circulation qui lui a occasionné un coup du lapin. Les symptômes sont apparus rapidement : nausées, vomissements, céphalées, troubles de la concentration, douleurs cervico-brachiales. Je précise que ces problèmes sont sans lien aucun avec la spondylarthrite. Une nouvelle fois, à nouveau sur l'insistance de la patiente, nous avons tenté de la remettre au travail, après un nouveau réaménagement de son poste. Au bout de quelques tentatives, il a malheureusement fallu se rendre à l'évidence. L'accident a eu pour conséquence une totale incapacité de travail, et cela quelle que soit l'activité envisagée. En effet, il est impossible à Mme F\_\_\_\_\_ de rester assise plus de 10 à 15 minutes. (...) J'aimerais encore préciser que ma patiente n'a jamais montré la moindre symptomatologie dépressive. » Dans ses écritures après enquêtes, l'intimé, suivant l'avis du SMR, a préconisé la mise en place d'une expertise psychiatrique afin de compléter l'instruction médicale du dossier. Le 14 avril 2009, l'OAI a produit la copie d'un rapport d'expertise pluridisciplinaire, daté du 25 janvier 2008, établi par le Centre d'expertise médicale de Nyon (CEMED) à la demande de LA BALOISE ASSURANCES. L'assurée avait été examinée en date des 21 et 22 novembre 2007 par un neurologue, un rhumatologue et un psychiatre qui avaient conclu à l'absence de toute maladie somatique ou psychique invalidante. Par courrier du 11 mai 2009, l'intimé a fait valoir que l'expertise du 25 janvier 2008 du CEMED devait se voir reconnaître pleine valeur probante. En effet, selon le SMR, qui avait examiné ce rapport le 15 avril 2009, cette expertise pluridisciplinaire, psychiatrique, rhumatologique et neurologique, était convaincante. Sur le plan psychique, l'expertise retenait le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour raisons psychologiques. Aucune autre affection psychiatrique n'était observée. Selon les experts, il n'y avait pas d'affection psychiatrique invalidante, la capacité étant ainsi entière à ce titre depuis le 9 avril 2002. Sur le plan somatique, les experts du CEMED n'avaient retenu

aucune limitation fonctionnelle, la spondylarthrite ankylosante n'étant, selon eux, pas incapacitante dans l'activité administrative exercée précédemment. Sur ce point, les conclusions du CEMED divergeaient de celles du Dr S\_\_\_\_\_, mais il s'agissait-là, selon le SMR, d'une différence d'appréciation ne remettant aucunement en cause la valeur probante du rapport du Dr S\_\_\_\_\_. En tout état de cause, le degré d'invalidité était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Par écriture du 14 octobre 2009, la recourante a quant à elle fait valoir que le rapport du CEMED était contredit par tous les autres rapports médicaux figurant au dossier depuis plus que dix ans. Elle fait grief aux experts de n'avoir pas tenu compte des pièces du dossier mises à leur disposition et soutient que leurs conclusions relèvent du domaine de l'approximation. Selon elle, il n'a ainsi pas été tenu compte du tableau clinique typique en matière de coup du lapin, pourtant évoqué par les rapports médicaux antérieurs. Quant à l'évaluation de sa capacité de travail, elle relève que les experts disent ne pas avoir pas acquis la conviction que la situation médicale se serait modifiée depuis l'année 2002 alors même que la Dresse O\_\_\_\_\_ a confirmé, dans un rapport du 29 juin 2006, que son état de santé s'est aggravé après l'accident. En conséquence de quoi, la recourante a persisté intégralement dans les conclusions de son recours. Sur ce, la cause a été gardée à juger. 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'art. 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité, est applicable en l'espèce dès lors que les faits juridiquement déterminants sont postérieurs à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par le même principe et sont applicable au droit à la rente dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité 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 et l'introduction de frais de justice lors de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA et art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours 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). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision entreprise, datée du 8 mai 2007, a été reçue le lendemain de sorte que le délai de recours a commencé à courir le 10 mai 2007 (art. 38 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Mis à la poste le 6 juin 2007, le recours a été formé en temps utile (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Interjeté au surplus dans la forme prévue par la loi, il est recevable (art. 56ss LPGA). Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité. Dans la décision entreprise, l'intimé a considéré que les limitations

fonctionnelles somatiques observées ne diminuaient que de 20% la capacité de l'assurée à exercer son activité habituelle, ce qui conduisait à retenir un taux d'invalidité de 20%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Sur le plan psychique, l'intimé a retenu que la recourante - qui avait refusé de se soumettre à une expertise sur ce plan - ne présentait aucune limitation à sa capacité de travail en l'état du dossier. Quant à la recourante, elle maintient qu'une évaluation psychiatrique n'est pas nécessaire, ses problèmes de santé étant exclusivement d'origine somatique. Elle conteste l'appréciation médicale de l'intimé s'agissant des répercussions des troubles somatiques observés sur sa capacité de travail et réclame une instruction complémentaire sur ce point.

a) 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). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a; 105 V 207 consid. 2).

b) L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 29 al. 1 let. a LAI dans sa version en vigueur jusqu'au 31 janvier 2007) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 29 al. 1 let. b LAI dans sa version en vigueur jusqu'au 31 janvier 2007).

d) Les atteintes à la santé psychique - dont les troubles somatoformes douloureux persistants - peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Dans ce contexte, l'administration ou le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier (ATF non publié du 23 janvier 2007, I 906/05, consid. 5.1 ; VSI 1994 p. 220 consid. 4a). Mais le principe inquisitoire n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références).

b) Selon l'art. 43

LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. L c) L'acte par lequel l'assureur social ordonne une expertise n'a pas le caractère de décision au sens de l'art. 49 LPGA et intervient sous la forme d'une communication (ATF 132 V 100 consid. 5). En revanche, lorsque l'assuré, dans le cadre des droits conférés par l'art. 44 LPGA, fait valoir des motifs de récusation au sens des art. 36 al. 1 LPGA et 10 PA - dispositions relatives à la récusation des personnes appelées à préparer ou prendre des décisions, applicables mutatis mutandis -, l'administration doit rendre une décision directement soumise à recours (ATF 132 V 106 consid. 6). Une telle décision portant sur la récusation d'un expert peut, ainsi que l'a déjà jugé le Tribunal fédéral, être attaquée séparément par la voie du recours de droit administratif dès lors qu'elle est susceptible de causer un préjudice irréparable (VSI 1998 p. 128, consid. 1 et les références). L'entrée en vigueur de la LPGA n'a apporté à cet égard aucun changement (ATF 132 V 107 consid. 6.3). d) Selon les circonstances, l'assureur social qui se heurte à un refus de collaborer d'une partie peut, après lui avoir imparti un délai pour respecter ses obligations et l'avoir avertie des conséquences de son attitude, se prononcer en l'état du dossier (cf. art. 73 RAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). Le cas échéant, il peut rejeter la demande présentée par cette partie en considérant que les faits dont elle entendait tirer un droit ne sont pas démontrés. Au lieu de se prononcer sur le fond, en l'état du dossier, l'assureur peut également, selon les circonstances, rendre une décision d'irrecevabilité de la demande dont il est saisi. Il ne doit cependant faire usage de cette possibilité qu'avec la plus grande retenue, autrement dit lorsque un examen sur le fond n'est pas possible sur la base du dossier (art 43 al. 3 LPGA et 73 RAI; cf. ATF non publié du 23 janvier 2007, I 906/05, consid. 5.4). Mais l'assureur ne peut se prononcer en l'état du dossier ou refuser d'entrer en matière que s'il ne lui est pas possible d'élucider les faits sans difficultés ni complications spéciales, malgré l'absence de collaboration de l'assuré (ATF 108 V 230 consid. 2; 97 V 176 consid. 3). Conformément au principe inquisitoire, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quels sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction. En tout état de cause, l'assuré n'est pas habilité à requérir une décision formelle afin de faire examiner l'opportunité d'une mesure d'instruction (ATF 132 V 108 consid. 6.5). S'il se soustrait à une telle mesure alors que celle-ci est objectivement et subjectivement exigible (arrêt du Tribunal fédéral non publié du 23 janvier 2007, I 906/05, consid. 6), il prend - délibérément - le risque que sa demande de prestations soit rejetée par l'administration, motif pris que les conditions du droit à la prestation ne sont pas, en l'état du dossier, établies au degré de la vraisemblance prépondérante. En procédure de recours, le

juge ne doit alors examiner que si la décision, rendue conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA et 73 RAI sur la base de l'état de fait existant (incomplet), est correcte (arrêt du Tribunal fédéral non publié du 23 janvier 2007, I 906/05, consid. 6 ; arrêts I. du 31 août 2001, U 489/00, consid. 2b et B. du 25 octobre 2001, I 214/01, consid. 3 et les références). Il ne se justifie pas - et cela n'a d'ailleurs aucun sens sous l'angle de l'économie de la procédure - d'examiner uniquement le caractère nécessaire ou non de la mesure requise. Soit les preuves recueillies jusqu'alors sont suffisantes pour trancher directement le litige, faisant apparaître comme inutile toute mesure complémentaire d'instruction. Soit le dossier n'est pas suffisamment instruit pour pouvoir statuer en connaissance de cause, justifiant par voie de conséquence le complément d'instruction requis par l'administration. Dans cette hypothèse, le juge ne peut que confirmer le rejet de la demande de prestations prononcé par l'administration, puisque le dossier ne permet pas d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence des conditions du droit à la prestation. Cela étant, si l'assuré se montre par la suite disposé à collaborer à l'instruction et à se soumettre aux mesures nécessaires à celle-ci, il lui est loisible de saisir à nouveau l'administration d'une demande de prestations. Celle-ci devra rendre une nouvelle décision, si les nouveaux éléments recueillis sont de nature à justifier une appréciation différente de la situation. En l'espèce, il convient tout d'abord de constater, au vu de la jurisprudence rappelée supra, qu'il était en l'espèce objectivement et subjectivement exigible de la recourante qu'elle se soumette à l'examen ordonné par l'OAI. En effet, le Dr S\_\_\_\_\_ avait évoqué un contexte de syndrome douloureux persistant, comme, du reste, les médecins des HUG dans leur rapport du 15 mars 2004. Il apparaît par ailleurs que la recourante a été dûment avertie des conséquences de son refus et qu'un délai de réflexion lui a été imparti. La recourante ayant ensuite confirmé sa volonté de se soustraire à cette mesure d'instruction, c'est à juste titre que l'intimé a statué en l'état du dossier. Partant, le Tribunal de céans doit examiner si, sur la base de l'état de fait existant, la demande de prestations devait être rejetée. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 et les références). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu

(ATF 122 V 160 consid. 1c.). c) Au sujet 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 (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). Il 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. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). 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. d) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). S'agissant des 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). e) L'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante, puis à s'en approprier les conclusions. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet en fin de compte de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si le Tribunal fédéral tient compte de la différence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (cf. arrêts du Tribunal fédéral non publiés 9C\_701/2007 du 20 juin 2008, consid. 3.3 et 9C\_897/2007 du 8 juillet 2008 et les références), il n'a jamais établi, sur la base des critères énoncés précédemment, une hiérarchie entre les divers types d'expertises médicales (cf. arrêt du Tribunal fédéral non publié du 15 septembre 2008, 9C\_885/2007, consid. 3.2). a) La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le

diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 ). 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). b) 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; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 ). En l'espèce, la recourante, qui est atteinte dans sa capacité auditive et appareillée depuis l'enfance, se plaint principalement de douleurs constantes lombaires inférieures se prolongeant des deux côtés et de douleurs cervicales constantes avec irradiation dans le bras droit. Selon le rapport d'expertise du Dr S \_\_\_\_\_, rhumatologue, la recourante souffre d'une atteinte inflammatoire rachidienne concordante dans un contexte de spondylarthrite ankylosante HLA-B27 positive. L'examen clinique confirme un syndrome lombovertebral discret à modéré où l'on note principalement une rectitude lombaire inférieure et des douleurs localisées de la charnière lombosacrée avec des mobilisations des articulations sacro-iliaques douloureuses. S'agissant de la symptomatologie cervico-brachiale, le médecin considère qu'il n'y a pas d'explication claire, vu le contexte radiologique rassurant et le fait que l'examen clinique ne révèle aucune limitation fonctionnelle des cervicales ou du membre supérieur droit. Il évoque d'ailleurs des signes de surcharge comportementaux marqués par une exagération de la réponse verbale, une projection non-anatomique de la douleur, une altération globale de la force et de la sensibilité du membre supérieur droit

sans respect radicaire évocateur d'un syndrome douloureux persistant. Il évalue la capacité de travail de la recourante du point de vue rhumatologique à 80%, dans une activité légère adaptée, c'est-à-dire permettant d'éviter les ports de charges de plus de 10 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et permettant l'alternance des positions. La recourante conteste les conclusions du rapport du Dr S\_\_\_\_\_, qu'elle qualifie d'arbitraires au motif que ce médecin ne l'aurait pas examinée suffisamment longuement. Le Tribunal constate toutefois que le Dr S\_\_\_\_\_ a établi une expertise qui, sur le plan formel, répond aux exigences posées par la jurisprudence en la matière (ATF 125 V 351 consid. 3a). Sur le fond, s'agissant des diagnostics, il est constant que la recourante présente une spondylarthrite ankylosante, soit une atteinte inflammatoire rachidienne, connue depuis 1999. En ce qui concerne les douleurs cervico-brachiales, apparues après l'accident de la circulation du 9 avril 2002, les constatations du Dr S\_\_\_\_\_ au sujet du contexte radiologique rassurant et de l'absence de limitations fonctionnelles à l'examen clinique concordent avec celles du Dr M\_\_\_\_\_, neurologue, qui avait observé en février 2004 que l'assurée ne montrait pas de signes neurologiques déficitaires et que les différents examens radiologiques permettaient d'exclure avec certitude la présence de lésions traumatiques des structures ostéo-ligamentaires ou discales au niveau de la colonne cervicale. Ce médecin n'avait pas non plus constaté de limitations de la mobilité cervicale ou de contractions musculaires à l'examen clinique. Force est ainsi de constater que la composante subjective des troubles d'ordre somatique présentés par la recourante est en l'occurrence en premier plan, les Drs M\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_ ayant évoqué à plusieurs reprises la présence de troubles subjectifs et d'un syndrome douloureux (expertise M\_\_\_\_\_, p. 12, 13, 14 ; expertise S\_\_\_\_\_, p. 7, 8, 9). Il en va de même des médecins des HUG qui, dans leur rapport du 15 mars 2004, avaient suggéré l'introduction d'un traitement d'antidépresseurs dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique. Quant au Dr Q\_\_\_\_\_, qui avait observé une diminution de la mobilité de la nuque, des contractures musculaires jusqu'au niveau des épaules, des douleurs à la palpation de la musculature vertébrale au niveau dorsal et une diminution globale de la mobilité de l'ensemble de la colonne vertébrale, il a précisé en audience qu'il lui était difficile de savoir lesquels de ces troubles étaient d'origine organique. Il a toutefois observé que les examens radiologiques effectués après l'accident n'avaient montré aucune lésion osseuse, ligamentaire ou autre. Dans ce genre de circonstances, l'on n'avait donc pas d'argument pour mettre en corrélation les troubles avec des lésions anatomiques. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, le Dr M\_\_\_\_\_ ne mentionne aucune atteinte objective et le Dr Q\_\_\_\_\_ ne fournit aucune précision à ce sujet. Au vu de ce qui précède, force est d'admettre que l'avis de l'ensemble des médecins consultés concordent sur les diagnostics. Par ailleurs, de l'avis quasi-unanime des médecins, les cervico-brachialgies s'inscrivent (cf. l'avis des Drs M\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_, et des médecins des HUG) dans un contexte de syndrome douloureux, avec une composante subjective en premier plan. Aucun substrat organique susceptible d'expliquer la persistance de ces douleurs plusieurs années après l'accident n'est observé, l'entorse cervicale ayant été qualifiée de bénigne. Dès lors, s'agissant de l'impact de cette affection sur la capacité de travail, le Tribunal, dans le cadre de la libre appréciation dont il dispose (VSI 2001 p. 108 consid. 3a) ne saurait faire siennes 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 lorsqu'une limitation de la capacité de travail est fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux ou de

fibromyalgie. 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 socioculturels) 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 établis par la jurisprudence (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.5). A cet égard, il apparaît que les appréciations des Drs M\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ sur la capacité de travail divergent très vraisemblablement de celles de l'expert en raison du poids différent attribué par ces médecins aux allégations de l'assurée elle-même ainsi qu'aux facteurs subjectifs. Le Dr Q\_\_\_\_\_ a d'ailleurs admis en audience qu'il ne pouvait faire la part des choses entre les troubles subjectifs et les troubles objectifs. Quant au Dr M\_\_\_\_\_, il a constaté l'absence de tout substrat organique. Il sied d'ailleurs d'observer que tant le Dr M\_\_\_\_\_, en 2004, que le Dr Q\_\_\_\_\_, en 2005, ont préconisé une reprise de travail à bref délai, à temps partiel dans un premier temps. Quant au rapport établi par la Dresse O\_\_\_\_\_ en date du 29 mai 2006 faisant état d'une récurrence de la maladie inflammatoire, force est de constater qu'il est antérieur à l'expertise du Dr S\_\_\_\_\_. Enfin, les rapports de la Dresse P\_\_\_\_\_, laquelle conclut que l'accident a provoqué des séquelles importantes et persistantes (cf. rapport du 19 février 2007 à l'OCAI), le Tribunal observe qu'ils ne sont pas suffisamment étayés et précis pour permettre de mettre en doute les conclusions du Dr S\_\_\_\_\_, compte tenu notamment de la relation de confiance qui unit le médecin traitant à son patient. De manière générale, il n'y a pas d'indication objective d'une aggravation de l'état de santé de la recourante postérieurement à l'évaluation du Dr S\_\_\_\_\_, l'expertise pluridisciplinaire du CEMED de Nyon, commandée par LA BALOISE ASSURANCES et postérieure à la décision dont est recours, ne retenant aucune affection somatique ou psychique invalidante. En définitive, le Tribunal de céans se doit de confirmer l'appréciation à laquelle se sont livrés les organes de l'assurance-invalidité, et de conclure à leur instar que les troubles (somatiques) dont souffre la recourante lui permettraient néanmoins de continuer à exercer à 80% son activité d'assistante administrative, comme l'a retenu le Dr S\_\_\_\_\_ au terme d'une évaluation médicale convaincante, cette activité ayant été considérée comme parfaitement adaptée. Les pièces médicales versées au dossier permettant de statuer en pleine connaissance de cause sur le plan somatique, toute instruction complémentaire s'avère superflue. En tant que le dossier renferme des indices en faveur d'un trouble somatoforme douloureux ou d'un phénomène de majoration des symptômes, soit des affections psychiatriques, le Tribunal observe que seule une expertise psychiatrique aurait été en mesure de poser un tel diagnostic et d'en évaluer les conséquences éventuelles sur la capacité de travail. La recourante ayant refusé de s'y soumettre, elle doit en assumer les conséquences et accepter de voir son dossier jugé en l'état. Or, elle ne présentait pas, en l'état du dossier au moment de la décision litigieuse, d'affection psychique invalidante. On relèvera d'ailleurs, à toutes fins utiles, que l'expertise pluridisciplinaire du CEMED de Nyon, effectuée en novembre 2007 et produite par l'intimé durant l'instruction du recours, n'a pas non plus conclu à la présence d'une maladie psychique - ni physique du reste - invalidante. De manière générale, il convient de rappeler le postulat jurisprudentiel selon lequel le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez un assuré jeune, comme en l'espèce, doit, en l'absence de comorbidité psychiatrique, rester exceptionnel (arrêt du Tribunal fédéral du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références). En conclusion, force est de constater que c'est à

juste titre que l'intimé a retenu, sur la base de l'appréciation médicale du dossier, une capacité de travail de 80% dans l'ancienne activité d'assistante administrative, jugée adaptée. La diminution de 20% dans l'activité habituelle correspond en l'espèce au degré d'invalidité (comparaison en pour-cent). Il s'ensuit que le degré d'invalidité reconnu à la recourante est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité. Quant aux mesures de reclassement, que la recourante ne sollicite du reste pas, elles ne sont pas nécessaires, étant donné que l'activité d'assistante administrative est parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles observées. En tous points mal fondé, le recours doit être rejeté. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante qui succombe.. 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 Yaël BENZ La présidente Karine STECK La secrétaire-juriste : Verena PEDRAZZINI RIZZI 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.