

GE_GERICHTE A/322/2009 vom 12. November 2009

GE Cour de justice, 2009-11-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_322_2009

FR: GE_GERICHTE A/322/2009 du 12 novembre 2009

IT: GE_GERICHTE A/322/2009 del 12 novembre 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 20.11.2009
A/322/2009

A/322/2009 ATAS/1434/2009 du 20.11.2009 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/322/2009
ATAS/1434/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES
SOCIALES Chambre 3 du 12 novembre 2009 En la cause Madame R_____,
domiciliée à GENÈVE comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sandro
VECCHIO recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE,
sis rue de Lyon 97, GENÈVE intimé EN FAIT Le 13 septembre 2006, Madame
R_____(ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1962, de nationalité portugaise,
a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité
(OCAI). Elle a invoqué une dépression, des douleurs musculaires, une arthrose
diagnostiquée en 2000 et une incapacité de travail de 50% depuis le 2 mai 2005. Dans un
rapport adressé le 11 juillet 2006 à l'assureur-vie de l'intéressée, la Dresse A_____,
psychiatre FMH, a indiqué que sa patiente avait travaillé à plein temps en tant qu'employée
de maison jusqu'en 2003, date à laquelle elle avait été opérée d'un adénome toxique de la
thyroïde. À la suite de cette intervention, l'assurée, constamment fatiguée, n'avait pu
reprendre son activité qu'à mi-temps. Elle se plaignait de fatigue extrême, de douleurs dans
les jambes et les bras avec perte de force et d'oppressions thoraciques. La Dresse
A_____ disait avoir constaté l'existence d'une réduction de l'énergie, d'une
fatigabilité très importante, d'idées tristes sans pensées récurrentes de mort, une diminution
des plaisirs, des palpitations, une gêne thoracique, des douleurs dans les membres, des
diarrhées et des vomissements occasionnels. Elle a diagnostiqué un trouble anxieux et
dépressif mixte léger (F41.2). Elle a émis l'avis qu'elle avait un suivi psychiatrique et un
traitement antidépresseur, la patiente pourrait peut-être essayer d'augmenter son taux
d'activité à 60%, puis à 75% deux mois plus tard. Dans un rapport du 18 novembre 2006, le
Dr B_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a confirmé le diagnostic de trouble
anxieux et dépressif mixte (F41.2) présent depuis 2005, tout en précisant que ce dernier
n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail de la patiente. Il a précisé que l'assurée
avait été opérée de la thyroïde et que, peu après, des douleurs musculaires étaient apparues,
qui allaient en augmentant. Son médecin traitant lui avait alors reconnu une incapacité de
travail de 50% à partir de mars/avril 2005. Le Dr B_____ a décrit l'assurée comme
triste, très émotive et centrée sur ses douleurs avec une fatigue épisodique. Elle se plaignait
de fatigabilité et d'un dérobement de la jambe gauche à la marche, ce qui pouvait entraîner
sa chute. Le Dr B_____ a précisé que les symptômes du trouble anxieux et dépressif
mixte consistaient en une fatigabilité, de l'anxiété, un sentiment d'inutilité et une émotivité
accrue. Selon lui, les troubles psychiques n'étaient pas réactionnels à des événements de vie
adverse. Il a exclu toute influence due à des particularités comportementales de nature

sociale culturelle ou familiale. Dans un rapport du 30 novembre 2006, le Dr C _____, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué un état dépressivo-anxieux avec troubles de somatisation depuis le 14 avril 2005 évoluant progressivement en fibromyalgie tout à fait claire. Il a également mentionné, en précisant qu'il était sans répercussion sur la capacité de travail, un adénome toxique de la thyroïde opéré en 2003. Le médecin a attesté d'une incapacité de travail de 50% dès le 2 mai 2005 et précisé que l'état de sa patiente allait en s'aggravant. Il a expliqué que l'état dépressivo-anxieux de cette dernière était secondaire, notamment, à un choc important remontant à son enfance. Dès 2003, il avait constaté de nombreux troubles de somatisation, principalement au niveau du tube digestif et des muscles paravertébraux. Au cours des années 2005 et 2006, la patiente avait développé clairement une fibromyalgie de plus en plus intense et diffuse qui la handicapait fortement dans son activité de tous les jours. L'activité de femme de ménage exercée jusqu'alors était encore exigible à 50% dès le 14 avril 2005. Selon le médecin, l'assurée peut rester en position assise, debout et immobile au maximum quatre heures par jour. En revanche, elle ne peut travailler en hauteur ou sur une échelle, ni assumer un horaire de travail irrégulier. Il a précisé que l'assurée ne travaillait plus désormais mais que si elle reprenait une activité lucrative, celle-ci devrait se limiter à 50% tout comme ses activités au foyer. Le 31 mai 2007, la Dresse D _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a estimé que la fibromyalgie de l'assurée, sans comorbidité psychiatrique manifeste ni dans sa gravité ni dans sa durée, n'était pas incapacitante. Il n'y avait pas de perte d'intégration, si bien qu'il y avait lieu de s'écarter des conclusions du Dr C _____. La capacité de travail exigible était de 100% dans toute activité et dans le ménage. Le 6 août 2007, l'OCAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à une rente. Se basant sur l'avis du médecin du SMR, l'OCAI considérait que l'atteinte à la santé n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Par courrier du 26 août 2007, l'assurée a fait grief à l'OCAI de n'avoir pas tenu compte de l'avis de ses médecins traitants, lesquels concluaient à une incapacité de travail de 50% au moins en raison de sa fibromyalgie. Elle a ajouté qu'elle avait rendez-vous le lendemain avec le Dr E _____, rhumatologue FMH. Elle a demandé qu'il soit procédé à une contre-expertise auprès d'un psychiatre et d'un rhumatologue du choix de l'OCAI. Le 1^{er} novembre 2007, le Dr E _____ a établi un rapport dans lequel il retient le diagnostic de polyarthralgies dans le cadre d'une hémochromatose existant depuis 2005. Il y ajoute, en précisant qu'il est sans répercussion sur la capacité de travail de la patiente, celui d'état anxio-dépressif, également présent depuis 2005. Le Dr E _____ ne conclut pas à une incapacité de travail. Il relate que la patiente se plaint d'un handicap fonctionnel dû aux douleurs articulaires. À l'examen clinique, il dit avoir constaté des douleurs diffuses à la palpation de toutes les articulations, sans signe de synovite ni limitation d'amplitude. Il indique que l'assurée peut rester en position assise et debout au maximum deux heures par jour, qu'en revanche, elle ne peut ni conserver longtemps la même position, ni s'agenouiller ou s'accroupir, ni incliner le buste, ni porter ou déplacer des charges, ni se baisser, ni effectuer des mouvements répétitifs des membres ou du dos, ni travailler en hauteur ou sur une échelle, ni se déplacer sur sol irrégulier ou en pente pas plus qu'assumer un horaire de travail irrégulier. Le 6 décembre 2007, l'OCAI a confié un mandat d'expertise au Dr F _____, rhumatologue FMH. Dans son rapport du 12 mars 2008, l'expert a relaté que l'assurée se plaint d'une fatigue constante, d'un moral diminué, de légers troubles de la mémoire et du sommeil, d'une labilité émotionnelle, de douleurs irradiant dans les membres inférieurs, aux épaules et au

niveau occipital des deux côtés, de douleurs localisées au niveau des épaules, des coudes, des poignets, des péri-hanches, des genoux et au niveau thoracique. Il ressort de l'anamnèse que des cervicobrachialgies, lombopyalgies et polyarthralgies diffuses sont apparues progressivement depuis 2002, douleurs qui ont été mises sur le compte d'une fibromyalgie. En 2007, les médecins suspectaient une hémochromatose mais ce diagnostic a été infirmé en janvier 2008 avec, au bilan sanguin, une normalisation des valeurs. Selon l'expert, l'assurée est capable de marcher à plat pendant 60 minutes et de porter des charges de moins de cinq kilos. À l'examen clinique, l'expert dit avoir été frappé par la présence de douleurs péri-articulaires probablement imputables à un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent avec une diminution du seuil de tolérance à la douleur faisant suspecter une fibromyalgie. S'y associe un syndrome de fatigue chronique. Son examen a confirmé la présence de symptômes parlant en faveur d'un trouble anxio-dépressif sous-jacent probablement à insérer dans le contexte d'une enfance difficile et laborieuse avec abus. L'expert a noté la présence de trois signes de non-organicité selon Waddel sur cinq et de 18 points positifs de fibromyalgie. L'expert a finalement retenu les diagnostics de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie), de syndrome de fatigue chronique, de lombopyalgies et cervicobrachialgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Il y a ajouté, tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, des troubles anxieux et dépressifs. Le Dr F _____ a émis l'avis que, dans une activité adaptée, c'est-à-dire permettant à l'assurée d'alterner les positions assise et debout de manière régulière, d'éviter le port de charges de plus de cinq kilos et les mouvements en porte-à-faux, l'intéressée pourrait travailler à plein temps, raison pour laquelle il a conclu à une capacité de travail de 100% tant dans l'activité précédemment exercée que dans une activité adaptée, en précisant toutefois que, dans la première hypothèse, la capacité de travail avait été diminuée à 50% depuis 2005 mais qu'elle aurait pu être raisonnablement être augmentée après la prise en charge physiothérapeutique, soit à partir de janvier 2006. Le 28 juillet 2008, l'OCAI a confié un mandat d'expertise psychiatrique au Dr G _____, psychiatre et psychothérapeute FMH. Dans son rapport du 13 novembre 2008, le Dr G _____ a relaté que la patiente se plaignait de douleurs au dos, à la hanche, à la cuisse et à la jambe gauche ainsi que de tensions au sein gauche. Elle disait être parfois un peu triste ou démoralisée et il lui arrivait de pleurer parce qu'elle n'avait pas d'amis. Elle mentionnait parfois être sans envie et sans énergie et devoir se forcer pour faire les choses. À l'examen clinique, le Dr G _____ dit avoir constaté un épisode de pleurs en relation avec l'évocation du passé difficile de l'assurée, un léger découragement et un discours parfois à tendance négative. Il a diagnostiqué, une fibromyalgie (M79.0) présente depuis 2005, dont il a précisé qu'elle était sans influence sur la capacité de travail de l'intéressée. L'expert a estimé qu'il n'y avait pas de retrait social dès lors que l'assurée n'avait jamais réellement eu d'amis, état de fait dû à sa difficulté à faire confiance à autrui. Il n'y avait pas non plus d'affection corporelle chronique pour expliquer l'ampleur des plaintes. L'évaluation des critères concernant la fibromyalgie ne montrait pas d'arguments suffisants pour une atteinte incapacitante. En définitive, le Dr G _____ a estimé que l'assurée avait souffert d'un trouble anxieux et dépressif mixte, affection qu'il a qualifiée de légère et non incapacitante qui, depuis lors, s'était amendée. Il a conclu à l'absence d'atteinte psychiatrique limitant la capacité de travail ou la capacité à assumer les tâches quotidiennes. Par décision du 18 décembre 2008, l'OCAI a nié le droit de l'assurée à une rente. Par écriture du 2 février 2009, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès

le 1^{er} octobre 2006. La recourante conteste la valeur probante du rapport du Dr G _____, alléguant que ses conclusions ne correspondent pas à ses constatations cliniques et qu'il a omis d'examiner si son état dépressif lui permettait de surmonter ses douleurs. La recourante soutient que la fibromyalgie et son état dépressif étant indissociables, il était impossible de prendre des conclusions sur sa capacité de travail sans tenir compte du diagnostic de fibromyalgie. Selon elle, les conclusions du Dr B _____ n'ont pas davantage de valeur probante dès lors que ce médecin ne fait qu'un constat psychiatrique, sans se prononcer sur les maux qu'elle ressent. La recourante estime qu'il en va de même de l'expertise du Dr F _____. Elle soutient qu'il est absurde de conclure à une capacité de travail entière tout en diagnostiquant une fibromyalgie, des limitations fonctionnelles et une fatigue chronique. Elle défend l'opinion que le trouble anxieux et dépressif mixte qui s'ajoute à sa fibromyalgie l'empêche de surmonter les douleurs qu'elle endure en permanence. Elle ajoute que sa perte d'intégration sociale est patente puisqu'elle n'a réussi à se faire aucun ami depuis son arrivée à Genève et qu'elle supporte difficilement cette situation. Quant à sa capacité de travail, la recourante se réfère à l'avis du Dr C _____, lequel conclut à un taux de 50% dont elle estime qu'il lui ouvre le droit à une demi-rente. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 12 mars 2009, a conclu au rejet du recours. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ; E 2 05), 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; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (ATF 130 V 446 consid. 1; ATF 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 modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, sont régies par le même principe et ne sont donc pas applicables. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision date du 18 décembre 2008. Les délais de recours étant suspendus du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 2 LPGA), le recours du 2 février 2009, formé le dernier jour du délai prolongé en tenant compte du report du délai échéant le samedi ou dimanche au premier jour ouvrable suivant (art. 39 al. 1, 38 al. 1 et 3 et 60 al. 2 LPGA), a été interjeté en temps utile. Il est donc recevable (art. 56ss LPGA). Le litige porte sur le caractère invalidant de la fibromyalgie dont souffre la recourante et, partant, sur le droit éventuel de cette dernière à des prestations de l'assurance-invalidité. 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). Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité

qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, 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. Les atteintes à la santé psychique 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). 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. 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). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références). La fibromyalgie présente de nombreux points communs avec les troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'il se justifie, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1). Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). La jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 396 consid. 5.3.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé (ATF 132 V 65 consid. 4.3). 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. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine; voir aussi ATFA non publié I 805/04 du 20 avril 2006, consid. 5.2.1 et les références). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). 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 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 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Dans un premier grief, la recourante conteste la valeur probante du rapport d'expertise du Dr F_____ au motif que les conclusions qu'il a prises sur sa capacité de travail ne correspondent pas aux diagnostics qu'il a posés et qu'elle ne conteste pas. Dans son rapport

du 12 mars 2008, l'expert diagnostique une fibromyalgie, un syndrome de fatigue chronique, des lombopygalgies et cervicobrachialgies récurrentes ainsi que des troubles anxieux et dépressifs. Il précise que ces derniers sont sans incidence sur la capacité de travail au contraire des autres diagnostics. Au vu de la spécialisation de rhumatologue de l'expert, on peut douter de la pertinence du diagnostic posé en matière psychiatrique et de son appréciation de la capacité de travail y relative. Toutefois, il semble plutôt qu'il ait repris tant les diagnostics posés avant lui par les psychiatres que leur appréciation de la capacité de travail y relative. S'agissant de l'incidence des autres diagnostics sur la capacité de travail, le Dr F _____ a estimé que le rendement de l'assurée était diminué depuis avril 2005, surtout par la présence de la fibromyalgie et du syndrome de fatigue chronique probablement à insérer dans un contexte de trouble anxio-dépressif sous-jacent, mais qu'après la prise en charge physiothérapeutique, la capacité de travail aurait raisonnablement pu être augmentée depuis janvier 2006. Il explique que, du point de vue rhumatologique, dans l'activité de femme de ménage, il n'y a que peu d'arguments pouvant justifier une diminution de la capacité de travail dès lors qu'il n'y a pas d'anomalie des bilans sanguin et radiologique permettant d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et l'impotence fonctionnelle que la recourante décrit. Il conclut à une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Le rapport d'expertise contient une anamnèse détaillée, tient compte des plaintes de la recourante et repose sur des examens cliniques complets. Le Dr F _____ a pris ses conclusions finales au terme d'une analyse exhaustive du dossier médical et radiologique, pour finir par une discussion de l'ensemble des renseignements recueillis et une appréciation motivée de la capacité résiduelle de travail. Ses conclusions sont cohérentes et motivées. En particulier, il a argumenté qu'au vu des bilans radiologique et sanguin décrits comme normaux ainsi que de l'absence de signes radiculaires irritatifs ou déficitaires, il n'y avait pas d'explication à l'ampleur des douleurs alléguées et de l'impotence fonctionnelle décrite. Au surplus, les constatations du Dr F _____ et son appréciation coïncident pour l'essentiel avec celles du Dr E _____ et de la Dresse D _____ (hormis le diagnostic d'hémochromatose, infirmé en janvier 2008 par un nouveau bilan sanguin). Force est de constater que la recourante ne démontre pas en quoi les conclusions de l'expert relatives à sa capacité de travail ne correspondent pas aux diagnostics posés. En effet, la fibromyalgie est une affection à l'étiologie incertaine caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire qui s'accompagne généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives (telles que fatigue, troubles du sommeil, sentiment de détresse, céphalées, manifestations digestives et urinaires d'allure fonctionnelle). Le diagnostic de fibromyalgie ne renseigne toutefois pas sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur leur pronostic que l'on peut poser dans un cas concret douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65, ATF non publié C_815/2008 du 28 mai 2009, consid. 3.1). Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 p. 353; ATF non publié 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). Par conséquent, il

appartient à l'expert d'apprécier la capacité résiduelle de travail du patient sur la base de critères objectifs, notamment du dossier radiologique et de son examen clinique afin de déterminer si les plaintes de l'assuré concordent avec les observations médicales concluantes. Si tel n'est pas le cas, il est tout à fait cohérent qu'il ne retienne aucune incapacité de travail. Quant aux autres diagnostics, celui de fatigue chronique est une perturbation subjective au sens de la jurisprudence susmentionnée alors que celui de diverses algies est également en rapport avec la fibromyalgie au vu de la normalité des bilans radiologiques. En effet, selon l'expert, les douleurs péri-articulaires sont au degré de la vraisemblance imputables à un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent. Il s'ensuit que le rapport d'expertise du Dr F _____ remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître pleine valeur probante. Par conséquent, le Tribunal de céans suivra ses conclusions quant à l'absence d'incapacité de travail dans une activité adaptée et à l'existence d'une capacité de travail dans l'activité exercée précédemment à partir de janvier 2006. Dans un deuxième moyen, la recourante conteste la valeur probante du rapport d'expertise du Dr G _____ au motif que les conclusions de celui-ci ne correspondent pas à ses constatations cliniques et qu'il n'a pas examiné si elle était en mesure de surmonter ses douleurs. Dans son rapport du 13 novembre 2008, l'expert confirme le diagnostic de fibromyalgie en précisant qu'il n'a pas d'incidence sur la capacité de travail. En revanche, il ne diagnostique pas de comorbidité psychiatrique. Il conclut à l'absence de diminution de la capacité de travail. Il observe à l'examen clinique un épisode de pleurs mais pas de labilité émotionnelle. Il considère que, malgré un léger découragement et un discours parfois à tendance négative, l'humeur de l'assurée n'est pas déprimée. L'expert psychiatre explique que l'enfance de la recourante a été marquée par la violence. Il a mis en évidence des phénomènes de parentification (l'assurée a dû s'occuper de sa fratrie lorsque sa mère est tombée malade). L'expert estime que ces conditions et événements défavorables ont affecté le processus de maturation psycho-affective et de mise en place de la personnalité sans, toutefois, que l'assurée ne souffre d'une personnalité pathologique au sens des critères d'une classification psychiatrique reconnue. En effet, si la recourante évoque les conditions difficiles de son enfance, elle ne signale pas de souffrance psychique et, objectivement, celle-ci ne s'est manifestée qu'à partir de 2005. De plus, elle a été à même de s'intégrer dans le monde du travail, de s'engager dans une relation de confiance à long terme avec son mari et d'élever ses enfants. Par ailleurs, il n'y a ni anxiété, ni éléments suffisants pour retenir le diagnostic d'épisode dépressif de degré même léger ou encore celui de dysthymie. Les épisodes durant lesquels l'assurée indique n'avoir parfois aucune envie ni énergie, sont à mettre en relation avec la fibromyalgie. En définitive, l'expert conclut à l'absence de symptomatologie sur le plan psychique. S'agissant de la période passée, il relève que le Dr B _____ n'a retenu aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, au contraire de la Dresse A _____ qui n'a toutefois mentionné aucun élément objectif permettant d'admettre une diminution de l'aptitude au travail. Enfin, selon l'expert, l'évaluation des critères posés par la jurisprudence pour apprécier la gravité de la fibromyalgie ne montre pas d'arguments suffisants pour admettre une atteinte incapacitante. Il conclut que la recourante a présenté à partir de 2005 un trouble anxieux et dépressif mixte, affection légère et non incapacitante, qui s'est depuis lors amendée. Le rapport du Dr G _____ contient une anamnèse complète et un condensé des renseignements tirés du dossier. Il fait état des indications subjectives données par la recourante, notamment de ses plaintes et du résultat des observations faites au cours de l'examen clinique. Il procède à une discussion de l'ensemble

des renseignements recueillis et à une appréciation de la capacité résiduelle de travail. Enfin, ses conclusions sont motivées. Il a notamment expliqué les raisons pour lesquelles il n'avait pas conclu à une diminution de la capacité de travail au vu de ses constatations cliniques. Contrairement à ce qu'allègue la recourante, les observations faites par le Dr G_____ lors de son examen clinique ne correspondent pas à un trouble anxieux et dépressif mixte de sorte que c'est à juste titre qu'il a conclu à un amendement de son état de santé psychique. En effet, le Dr B_____, qui a traité la recourante depuis mars 2006, a posé le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte sur la base des troubles alors constatés; il ressort de sa description qu'à l'époque, l'assurée était triste, très émotive, centrée sur ses douleurs avec une fatigue épisodique alors que le Dr G_____ n'a observé quant à lui qu'un léger découragement et un épisode de pleurs sans labilité émotionnelle. Il n'a en revanche noté ni anxiété, ni humeur déprimée, ce dont il faut conclure que les troubles étaient moins importants qu'en 2006. Le Dr G_____ a par ailleurs expliqué que le manque d'envie et d'énergie évoqué par la recourante était à mettre en relation avec la fibromyalgie et non avec d'éventuels troubles psychiques. Au vu des constatations faites par l'expert lors de son examen clinique, on ne voit pas en quoi le diagnostic qu'il a posé serait contestable. De plus, l'expert s'est prononcé sur l'aptitude de la recourante à surmonter ses douleurs puisqu'il a examiné les divers critères jurisprudentiels applicables. Ces critères, consacrés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux ou de fibromyalgie, sont un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état; ils ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret (ATFA non publié I 315/06 du 30 mars 2007, consid. 3.2). Or, en l'occurrence, le Dr G_____ conclut à l'absence de comorbidité, de perte d'intégration sociale mise en évidence par l'anamnèse et d'affections corporelles chroniques expliquant l'ampleur des plaintes. En revanche, il n'a pu se prononcer sur l'existence d'un état psychique cristallisé, expliquant qu'une telle évaluation nécessite une exploration psychodynamique en profondeur irréalisable en pratique. Il n'a pu non plus apprécier la question de l'échec des traitements conformes aux règles de l'art. En définitive, il a cependant émis l'avis qu'il n'y avait pas suffisamment d'arguments pour admettre une atteinte incapacitante et donc que la recourante dispose des ressources psychiques permettant de reprendre une activité à plein temps. Le Dr C_____ est le seul médecin à admettre une diminution de 50% de la capacité de travail qu'il motive par l'état dépressivo-anxieux avec troubles de la somatisation évoluant progressivement en fibromyalgie. Or ce médecin n'est pas spécialiste en psychiatrie, de sorte que son appréciation de la capacité de travail en matière psychique ne saurait se voir reconnaître de valeur probante, d'autant plus que, selon la jurisprudence déjà citée, en cas de fibromyalgie, le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie est nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que cette affection est susceptibles d'entraîner (ATF 132 V 72 consid. 4.3 et ATF 130 V 353 consid. 2.2.2). Au demeurant, force est de constater qu'à aucun moment le Dr C_____ ne s'est exprimé sur l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative, pas plus qu'il n'a indiqué les raisons pour lesquelles il estimait qu'une telle activité ne pourrait plus raisonnablement être exigée de sa patiente ou serait même insupportable pour la société. Enfin, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV N° 15 p. 43), on ne saurait

remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. Or, le Dr C _____ ne fait mention d'aucun élément objectivement vérifiable que le Dr G _____ n'aurait pas pris en considération dans son rapport d'expertise. Par conséquent, ce dernier remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Il reste à déterminer si la fibromyalgie diagnostiquée par les Drs G _____ et E _____ doit se voir reconnaître un caractère invalidant. En effet, dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent (VSI 2001 p. 108 consid. 3a), l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur 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 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). Il est constant que, selon le rapport d'expertise psychiatrique du Dr G _____, il n'existe aucune comorbidité psychique. Quant au diagnostic psychique retenu par le Dr E _____, il n'est pas relevant puisque ce médecin n'est pas psychiatre. Par conséquent, il convient d'examiner les autres critères pouvant exceptionnellement justifier une incapacité de travail. Ces critères ne sont manifestement pas remplis en l'espèce. En effet, il n'y a pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable puisque, selon le Dr G _____, il y a eu un amendement du trouble anxieux et dépressif mixte apparu en 2005, dès lors qu'il n'a plus constaté un tel trouble psychique lors de son examen. On ne peut davantage conclure à l'échec de tous les traitements ambulatoires ou stationnaires entrepris selon les règles de l'art étant donné que le Dr F _____ préconise une nouvelle prise en charge physiothérapeutique sous forme de mobilisation douce, surtout en piscine, et une amélioration de la médication antalgique. De plus, la psychothérapie initiée en mars 2006 a été interrompue à la fin 2007 alors que la poursuite du traitement pourrait améliorer la situation. Par ailleurs, les diverses algies non objectivables ainsi que le syndrome de fatigue font partie intégrante de la fibromyalgie et ne relèvent dès lors pas d'atteintes somatiques indépendantes qui viendraient s'ajouter à celle-ci. A cet égard, le Dr G _____ confirme qu'il n'y a pas de troubles ostéo-articulaires significatifs et objectifs permettant d'expliquer les plaintes. En outre, la recourante bénéficie du soutien de sa famille. Même si elle n'a pas d'amis, ce retrait social n'est pas imputable à son état de santé puisqu'il remonte à son arrivée en Suisse en 1996, c'est-à-dire à une période précédant les premiers symptômes de la maladie. On en veut pour preuve supplémentaire que l'époux de la recourante, qui ne souffre pas d'une telle affection, n'a lui aussi que très peu d'amis à Genève, selon le rapport de la Dresse A _____ (cf. ATF non publié 9C_207/2008 du 16 mars 2009, consid. 4.1). De surcroît, au vu de la

description de ses journées donnée par la recourante au Dr G _____ (après s'être levée, elle fait de la gymnastique, son lit et des rangements, sort son chien, réchauffe le repas préparé la veille, nettoie la vaisselle, range la cuisine, procède à des petits travaux d'entretien après avoir fait une sieste pendant une heure, ressort son chien, se rend régulièrement au supermarché pour de petites emplettes, lit et écoute de la musique, regarde la télévision), on ne saurait conclure à une perte d'intégration sociale. Quant au critère relatif à l'existence d'un état psychique cristallisé, il n'est pas nécessaire de l'examiner ce critère dès lors qu'il n'y a aucune comorbidité psychiatrique (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.2). Au demeurant, aucun médecin n'a attesté la présence d'un état psychique cristallisé. Même si le Dr G _____ ne s'est pas prononcé sur ce critère, la Dresse A _____ estime néanmoins, dans son rapport du 11 juillet 2006, qu'un suivi psychiatrique pourrait améliorer la situation et permettre une reprise du travail alors que, dans son rapport d'expertise, le Dr F _____ conseille l'introduction d'une médication tricyclique qui pourrait permettre de rehausser le seuil de tolérance à la douleur et la poursuite de la psychothérapie. Or, selon le Dr G _____, la recourante a arrêté le suivi psychiatrique à la fin 2007 estimant qu'elle n'a pas besoin de s'adresser à un psychiatre. Par conséquent, elle n'a pas épuisé toutes les possibilités thérapeutiques permettant une amélioration de son état de santé de sorte que le critère de l'état psychique cristallisé n'est pas réalisé (cf. ATFA non publié I 626/04 du 13 juillet 2005, consid. 5.2). Des considérations qui précèdent, il faut conclure qu'en définitive, malgré sa fibromyalgie, la recourante dispose d'une capacité de travail entière et n'a donc pas droit à une rente d'invalidité. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr. **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 du recourant. 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; RS 173.110); 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 Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le