

GE_GERICHTE A/3265/2007 vom 16. April 2008

GE Cour de justice, 2008-04-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3265_2007

FR: GE_GERICHTE A/3265/2007 du 16 avril 2008

IT: GE_GERICHTE A/3265/2007 del 16 aprile 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 16.04.2008
A/3265/2007

A/3265/2007 ATAS/442/2008 du 16.04.2008 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3265/2007
ATAS/442/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
Chambre 5 du 16 avril 2008 En la cause Madame M _____, domiciliée à GENEVE,
représentée par Monsieur Christian CANELA, ASSUAS Association suisse des assurés
recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de
Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame M _____ (ci-après : l'assurée), et mère
de deux enfants à une formation de clerc de notaire. En dernier lieu, elle a travaillé en tant
que conseillère en gestion de patrimoine et collaboratrice du service externe à la
GENEVOISE ASSURANCES, laquelle l'a licenciée avec effet au 31 juillet 2005. En 2004,
son salaire mensuel était de 7'500 fr. Dès le 2 juin 2003, une incapacité de travail totale est
attestée. Selon le rapport d'expertise du 9 décembre 2003 du Dr A _____,
rhumatologue, à l'intention de l'assureur perte de gain en cas de maladie, l'assurée présente
le 9 avril 2003 une lombo-sciatalgie gauche d'apparition brutale, après avoir soulevé son
enfant de 22 mois. Il y a une nette amélioration en juillet 2003. Toutefois, dès le début du
mois de juin 2003, des douleurs avec des picotements au niveau du membre inférieur droit,
puis gauche, apparaissent et ces symptômes s'étendent progressivement à tout le corps,
touchant les articulations et les massifs musculaires de manière diffuse. En même temps,
l'expertisée souffre d'une asthénie extrêmement importante, de plus en plus invalidante.
L'assurée se plaint notamment de sensations vertigineuses, de réveils nocturnes en raison de
ses douleurs avec une raideur matinale, de sensations nauséuses, de sifflements dans les
oreilles, de problèmes de mémoire et de troubles de la concentration. S'y ajoutent des
céphalées, des palpitations, l'impression d'avoir un sommeil non réparateur et une perte de
l'envie de faire différentes activités qui lui plaisaient auparavant. L'incapacité de travail est
toujours justifiée, selon l'expert. Un diagnostic de fibromyalgie peut être retenu, ainsi que,
probablement, un état dépressif associé. Se pose par ailleurs la question de l'indication d'un
traitement antidépresseur. Il est également relevé dans son rapport que l'examen
neurologique est normal. Le pronostic est négatif, sous réserve du succès d'un traitement
antidépresseur. Selon le rapport du 27 avril 2004 du Dr B _____, neurologue,
l'examen neurologique est normal et l'examen neuro-myographique n'a mis en évidence
aucun indice en faveur d'une polynévrite ou d'une atteinte du neurone périphérique. Tout au
plus, une neuropathie canalaire carpienne fruste, bilatérale et prédominante à droite, est à
signaler. L'expert n'a pas non plus d'indice en faveur d'une composante myopathique. Il
conseille d'adresser la patiente à un confrère psychiatre, ayant une formation en médecine
psychosomatique. Par demande reçue le 11 août 2004, l'intéressée requiert des prestations
d'invalidité, en vue d'une rééducation dans la même profession et/ou d'une rente. Selon le

rapport médical du Dr C _____ du 22 octobre 2004, rhumatologue, l'assurée souffre d'une fibromyalgie sans répercussion sur la capacité de travail. Dans l'annexe à son rapport médical, il indique que l'activité exercée jusqu'à maintenant est encore exigible, sans diminution de rendement. Invité par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) à lui faire parvenir son rapport médical, le Dr D _____, psychiatre, l'informe le 22 septembre 2004 avoir vu l'assurée qu'à une seule consultation, de sorte qu'il ne peut renseigner cet office. Dans son rapport médical du 29 mars 2005, le Dr E _____, spécialiste en médecine interne-hématologie, diagnostique une fibromyalgie et un état dépressif secondaire avec répercussion sur la capacité de travail. L'état est stationnaire. L'asthénie et les douleurs invalidantes rendent tous travaux, même ménagers, impossibles, selon la patiente. Sur le plan rhumatologique, il y a des douleurs au niveau de tous les points fibromyalgiques et au niveau de toute la colonne, mais les articulations sont normales à l'inspection. Le pronostic est réservé, la patiente étant persuadée d'être invalide, ce que ne confirme pas l'examen clinique. La capacité de travail est nulle depuis le 23 juillet 2003 à ce jour. Dans l'annexe à son rapport médical, le Dr E _____ indique cependant que l'activité exercée jusqu'à maintenant est encore exigible à raison de 50 à 75%. Le Dr F _____, spécialiste en médecine générale et médecine du sport, atteste le 3 juin 2005 que sa patiente est atteinte d'une fibromyalgie avec syndrome de fatigue chronique et de lombosciatique gauche, ainsi que hernie discale. La capacité de travail est nulle depuis juin 2003 pour une durée indéterminée. Dans l'annexe à son rapport médical, il indique que l'activité exercée jusqu'à maintenant n'est plus exigible et qu'il y a une diminution du rendement de 80%. Seule une activité sans responsabilité et sans pénibilité est envisageable. Par décision du 25 octobre 2005 de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE), l'assurée est déclarée inapte au placement par l'assurance chômage, en raison d'une incapacité totale de travail de longue durée. Dans son rapport du 13 décembre 2005, le Dr E _____ atteste que l'état de la patiente est stationnaire et qu'elle a une capacité de travail de 75%. Le 13 octobre 2006, l'assurée fait l'objet d'un examen rhumatologique et psychiatrique par le Service régional AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR). Selon le rapport du 8 novembre 2006 du Dr G _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et du Dr H _____, psychiatre, de ce service, l'assurée ne présente aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail sur le plan psychiatrique et rhumatologique. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ces médecins mentionnent des dorsalgies chroniques persistantes et lombalgies intermittentes dans le cadre de troubles statiques modérés du rachis et d'une hernie discale L4-L5, une fibromyalgie et une maladie de Basedow débutante. Dans le status psychiatrique est indiqué ce qui suit : "Assurée en présentation correcte, soignée, collaborante. Le contact n'est facile qu'à la surface. L'élan vital est entièrement conservé. L'assurée présente le tempérament vif du sud de la France. L'humeur est normale, bien modulée, c'est plutôt le pôle positif de l'humeur qui prédomine. Réactivité affective vive, rapide, riche en nuances, bien modulée, adéquate au contenu de la discussion. On observe une légère irritabilité à des bruits inattendus (...)." L'examineur psychiatre n'observe aucun trouble de la pensée, mais met en évidence une fixation anxieuse et craintive sur de nombreuses maladies différentes. A aucun moment, l'assurée n'a montré le moindre signe d'un vécu douloureux, ni par sa mimique, ni par ses gestes, ni par la posture, ni pendant la gesticulation qui correspond à son tempérament du sud de la France, ni par la démarche. Aucune fragilité accrue n'a non plus été observée et aucune diminution de l'attention ou du rendement mental n'a été mise en évidence au cours de l'examen psychiatrique. La mémoire ancienne et récente est précise, de sorte qu'un trouble de la

concentration ou de la mémoire de fixation a été exclu. Quant aux traitements entrepris, l'assurée a notamment indiqué aux médecins du SMR avoir consulté à deux reprises le Dr D_____ en septembre 2004 qui a appliqué plusieurs échelles psychométriques de dépression et lui aurait dit "qu'il n'y avait pas de quoi". Au printemps 2005, elle a consulté deux fois également le Dr I_____, psychiatre à Thonon-les-Bains. Ces consultations n'ont pas abouti à un suivi psychiatrique régulier. Au printemps 2006, elle a aussi pris un traitement antidépresseur pendant trois mois. Elle l'a arrêté à cause des effets secondaires. Sur le plan social, l'assurée est en contact téléphonique fréquent et régulier avec sa sœur, sa famille à Nantes, ses parents et grand-mère, ainsi qu'avec des copines. Les médecins du SMR excluent dès lors une désintégration sociale massive. Un état cristallisé n'a pas non été retenu. Les médecins font en outre état d'une divergence éclatante entre le caractère sévère des douleurs rapportées et le comportement observé. L'assurée n'arrive ainsi pas à évoquer des sentiments de compassion chez l'examineur. Sur le plan psychiatrique, il n'y a aucune limitation fonctionnelle. Au niveau somatique, l'assurée doit pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, ne pas soulever régulièrement des charges d'un poids excédant 8 kg et régulièrement des charges d'un poids excédant 12 kg. Le travail en porte-à-faux statique du tronc est également contre-indiqué. Selon la conclusion des médecins du SMR, la capacité de travail est ainsi de 100% dans l'activité exercée jusqu'ici. Par projet de décision du 4 janvier 2007, l'OCAI refuse à l'assurée le droit à une rente d'invalidité, sur la base de l'examen bi-disciplinaire du SMR. Par courrier du 2 février 2007, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, conteste le projet de décision. Dans son rapport médical du 30 janvier 2007, le Dr J_____, généraliste conclut, sur la base de l'évolution des symptômes de la patiente, que celle-ci a subi deux chocs émotionnels, à savoir deux décès de personnes proches en mars 2003, qui l'ont affectée psychologiquement et entraîné une fatigue inhabituelle, ce qui pourrait être assimilé à un état dépressif réactionnel. A cela s'est ajouté le décès de son chien à la même date. De surcroît, elle s'est épuisée au travail, ce qui s'est manifesté par une baisse de la concentration et du rendement, puis une perte d'énergie vitale, une baisse d'humeur et une anhédonie dès mai 2003. Cela peut être assimilé à un burn out, selon ce médecin, avec une composante psychologique importante, à savoir un état dépressif d'intensité moyenne. En conclusion, le Dr J_____ évoque un syndrome de type fibromyalgique associé à un état dépressif d'intensité moyenne, avec syndrome somatique évident, voire un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique. Selon le certificat du 10 mai 2007 du Dr F_____, la patiente l'a consulté à plusieurs reprises pour des épisodes récidivants de lombosciatique gauche, le dernier épisode datant d'octobre 2006, avec perte de sensibilité au pied gauche. Dans son avis médical du 11 août 2007, la Dresse K_____ du SMR, évoque le rapport établi par le Dr J_____ le 3 mai 2007 et constate que celui-ci retient un diagnostic différent sur le plan psychiatrique "probablement en raison d'une appréciation différente des signes et symptômes évoqués par cette assurée à un non-psychiatre". Concernant le certificat du Dr F_____, la Dresse K_____ fait observer notamment que le dernier épisode lombosciatique s'est produit sept mois avant l'établissement du certificat médical, ce qui montre bien que l'assurée ne présente pas une maladie durable et continue. Ainsi, ce médecin estime que le rapport du Dr J_____ et l'attestation médicale du Dr F_____ n'apportent pas d'éléments nouveaux par rapport à l'examen du SMR. Par décision du 22 juin 2007, l'OCAI confirme son projet de décision précité. Ce faisant, il mentionne que les arguments de la recourante ont été pris en considération par le SMR et que les rapports des Drs J_____ et F_____

n'apportent pas d'éléments nouveaux par rapport à l'examen bi-disciplinaire 2006 de ce service. Par acte posté le 28 août 2007, l'assurée recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à la l'annulation de cette décision et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100%, sous suite de dépens. Elle fait grief à l'intimé d'avoir violé le droit d'être entendu, en omettant de tenir compte des rapports des Drs E_____ et C_____, alors même que ceux-ci auraient justifié l'octroi d'une rente. Dans sa détermination du 27 septembre 2007, l'intimé conclut au rejet du recours. La recourante n'ayant pas fait parvenir au Tribunal de céans sa réplique dans le délai imparti au 28 février 2008, après prolongations, 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'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Concernant la recevabilité du recours, il convient de relever que la décision litigieuse a été notifiée au mandataire de la recourante sous pli simple. Selon le tampon figurant sur la copie de cette décision produite par la recourante dans la présente procédure, cet acte juridique a été reçu par son mandataire le 27 juin 2007. Partant, il y a lieu de considérer que le recours, posté le 28 août 2007, a été interjeté dans le délai légal de 30 jours, compte de la suspension des délais entre le 15 juillet et le 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA). Le recours respectant également la forme prescrite par la loi, il doit être déclaré recevable. La recourante invoque en premier lieu la violation du droit d'être entendu. a) Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle (arrêt du Tribunal fédéral du 24 janvier 2002, cause 2P.256/2001, consid. 2a et les arrêts cités). Sa portée est déterminée en premier lieu par le droit cantonal (art. 41ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA) et le droit administratif spécial (arrêt du Tribunal fédéral du 15 février 2000, cause 1P.742/1999, consid. 3a ; ATF 124 I 49 consid. 3a p. 51 et les arrêts cités). Si la protection prévue par ces lois est insuffisante, ce sont les règles minimales déduites de la Constitution fédérale (Cst.) qui s'appliquent (arrêts du Tribunal fédéral du 24 janvier 2002, cause 2P.256/2001, consid. 2b ; du 14 décembre 2000, cause 1P.545/2000, consid. 2a et les arrêts cités ; B. BOVAY, Procédure administrative, Berne 2000, p. 198). Tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., le droit d'être entendu comprend le droit pour les parties de faire valoir leur point de vue avant qu'une décision ne soit prise, de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur la décision, d'avoir accès au dossier, de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (arrêt du Tribunal fédéral du 9 juillet 2003, cause 2P.77/2003, consid. 2.1 et les arrêts cités). La jurisprudence en matière de droits constitutionnels du Tribunal fédéral a également déduit du droit d'être entendu le droit d'obtenir une décision motivée. L'autorité n'est toutefois pas tenue de prendre position sur tous les moyens des parties ; elle peut se limiter aux questions décisives. Il suffit, de ce point de vue, que les parties puissent se rendre compte de la portée de la décision prise à leur égard et, le cas échéant, recourir contre elle en connaissance de cause (ATF 126 I 97, consid. 2b p. 102 s.). b) En l'espèce, la recourante reproche à l'intimé de ne pas avoir tenu compte des rapports des Drs E_____ et C_____ et y voit une violation de l'obligation de motiver la décision. Toutefois, le Tribunal de céans constate que ces rapports sont expressément mentionnés à la p. 4 du rapport du 8 novembre 2006 du SMR, sous anamnèse psychosociale et psychiatrique. Par conséquent, les médecins de ce service ont tenu compte de ces avis, sans

retenir pour autant leurs conclusions, en ce qui concerne du moins celles du Dr E_____. En effet, le Dr C_____ a attesté une capacité de travail entière sans restriction, même s'il est mentionné dans le rapport du SMR le contraire, probablement en raison d'une erreur de plume. Il est à noter également que le Dr E_____ a admis une capacité de travail de 50 à 75% dans la profession de la recourante, dans l'annexe à son rapport du 29 mars 2005, et de 75% dans son rapport du 13 décembre 2005. Les rapports de ces médecins ne sont donc pas en faveur de celle-ci. Il ne saurait dès lors être reproché à l'intimé de ne pas les avoir pris en considération. Il convient en outre d'admettre que la recourante pouvait se rendre compte de la portée de la décision prise et sur la base de quels éléments celle-ci a été adoptée. Ce grief est ainsi infondé. Est litigieuse ensuite la question de savoir si la recourante présente une invalidité au sens de la loi, lui ouvrant le droit aux prestations d'invalidité. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.». 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 LPGGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). 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 légitimement 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). Les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux sont applicables par analogie à la fibromyalgie.(ATF 132 V 70 consid. 4.1). 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).

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

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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert

soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) 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). En l'occurrence, il n'est pas contesté que la recourante ne souffre d'aucune atteinte à la santé somatique objectivable et invalidante, hormis de lombalgies chroniques et persistantes, de lombalgies intermittentes dans le cadre de troubles statiques modérés du rachis et d'une hernie discale. A cet égard, il convient également de relever avec l'intimé que le Dr F _____ a attesté le 10 mai 2007 que l'assurée n'a plus souffert de lombosciatique depuis octobre 2006, soit depuis sept mois à compter de son certificat médical, ce qui démontre également que cette atteinte ne saurait être considérée comme invalidante à elle-seule. Quant aux atteintes psychiatriques, aucun médecin n'a mis en évidence une atteinte psychiatrique grave, à l'exception du Dr J _____, lequel a conclu en ces termes : "En conclusion, je pense qu'un syndrome de type fibromyalgique doit être évoqué, conjointement à un état dépressif d'intensité moyenne avec syndrome somatique évident (F32.11), voire un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11), à confronter avec l'anamnèse psychologique détaillée de l'enfance, de l'adolescence et de l'âge adulte". Toutefois, ce médecin n'est pas spécialiste en psychiatrie. En outre, selon les déclarations de l'assuré, celle-ci a consulté en septembre 2004 à deux reprises le Dr D _____ (une fois selon ce dernier), sans que celui-ci ait jugé nécessaire de mettre en place un traitement psychothérapeutique ou médicamenteux. Au printemps 2006, elle a consulté deux fois le Dr I _____, psychiatre à Thonon-les-Bains. Celui-ci n'a pas non plus proposé un suivi psychiatrique régulier. La recourante a par ailleurs pris un traitement antidépresseur pendant trois mois seulement au printemps 2006, l'a arrêté en raison des effets secondaires (elle se sentait soûle) et n'a pas essayé un autre antidépresseur. Il résulte de ce qui précède que d'autres spécialistes en la matière ont également considéré, tout comme les médecins du SMR, que la recourante n'était pas atteinte d'une maladie psychique d'une certaine gravité. Cela étant, il n'y a pas lieu de retenir une comorbidité psychiatrique à la fibromyalgie diagnostiquée. Quant aux autres critères jurisprudentiels précités, il peut certes être admis que la recourante présente un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable et des affections corporelles chroniques. Toutefois, au niveau psychiatrique, l'assurée n'a pas épuisé toutes les possibilités de traitement, dès lors qu'un traitement antidépresseur de longue durée n'a jamais été mis en

place. Par conséquent, il ne saurait être considéré que tous les traitements conformes aux règles de l'art ont échoué. Une perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ne peut non plus être admise, en raison du maintien des contacts réguliers avec sa famille et ses copines. La recourante sort aussi tous les jours pour promener ses enfants et joue avec eux. Il n'y a pas non plus d'éléments en faveur d'un état psychique cristallisé, en l'absence d'événements de la vie adverses notables. Il convient ici de relever que la recourante a indiqué aux médecins du SMR avoir de très bons souvenirs de son enfance, avec une mère très présente et chaleureuse, ainsi qu'une enfance riche en stimulations culturelles et sportives. A noter également que sa relation conjugale est satisfaisante et sa libido n'est que légèrement diminuée. Certes, le Dr J_____ fait état de deux chocs importants en mars 2003 suite au décès de personnes proches et du chien de la recourante. Toutefois, même en admettant cette hypothèse, ces événements n'ont provoqué, selon les dires mêmes du Dr J_____, qu'une dépression réactionnelle, atteinte qui ne dure en principe pas plus de deux ans. Celle-ci n'a en outre pas nécessité un traitement psychiatrique, ce qui met en doute la gravité de ce trouble. Il convient également de considérer que l'éventuel burn-out évoqué par le Dr J_____ a dû être surmonté depuis l'arrêt de travail. Cela étant, les critères jurisprudentiels, pour admettre que la fibromyalgie présente un caractère invalidant, ne sont pas remplis. Par conséquent, d'un point de vue juridique, une incapacité de travail ne peut être retenue. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. L'assurée qui succombe sera condamnée au paiement d'un émolument de justice de 200 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). 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. 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 Claire CHAVANNES La Présidente Maya CRAMER 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.