

GE_GERICHTE A/3343/2006 vom 14. Mai 2009

GE Cour de justice, 2009-05-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3343_2006

FR: GE_GERICHTE A/3343/2006 du 14 mai 2009

IT: GE_GERICHTE A/3343/2006 del 14 maggio 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 14.05.2009
A/3343/2006

A/3343/2006 ATAS/605/2009 du 14.05.2009 (AI) , REJETE Recours TF déposé le 07.07.2009, rendu le 05.03.2010, REJETE, 9C_574/2009 Recours TF déposé le 07.07.2009, rendu le 05.03.2010, REJETE, 9C_574/2009 Recours TF déposé le 07.07.2009, rendu le 05.03.2010, REJETE, 9C_574/2009 Recours TF déposé le 07.07.2009, rendu le 05.03.2010, REJETE, 9C_574/2009 Recours TF déposé le 07.07.2009, rendu le 05.03.2010, REJETE, 9C_574/2009 Recours TF déposé le 07.07.2009, rendu le 05.03.2010, REJETE, 9C_574/2009 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3343/2006 ATAS/605/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 3 du 14 mai 2009 En la cause Madame M_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mauro POGGIA recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT A compter du 3 janvier 2000, Madame M_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1951, a travaillé en qualité de téléphoniste-réceptionniste pour le compte de X_____ (SUISSE) SARL, à raison de 4,5 heures par jour et moyennant un salaire mensuel de 2'500 fr. Le 17 mai 2000, l'assurée, qui circulait en voiture s'est vu couper la route par un autre véhicule venant en sens inverse et qui avait obliqué à gauche, ce qui a provoqué une collision. Le même jour, l'assurée a consulté en urgence le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne, qui a diagnostiqué un syndrome vertébral cervical C3-C7, un syndrome lombaire L3-L5 non déficitaire et une contusion au genou gauche (cf. attestation du 18 mai 2000) et attesté d'une totale incapacité de travail du 17 mai au 6 juin 2000 (cf. rapport du 22 juin 2000). Le 15 novembre 2002, l'assurée a été victime d'un malaise, à la suite duquel elle a consulté le Dr B_____, médecin à la permanence Vermont/Grand-Pré, le 18 novembre 2002. Ce dernier a diagnostiqué un status post-syndrome cervical post-traumatique, une brachialgie à droite, un syndrome vertigineux, des céphalées, un stress post-traumatique (et anxio-dépressif), des discopathies étagées et une hernie discale C6-C7 gauche (cf. rapport du 27 janvier 2003). Le médecin a attesté d'une totale incapacité de travail à compter du le 22 novembre 2002. Il a adressé la patiente au Dr C_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, pour un état dépressivo-anxieux. Le 7 janvier 2004, l'assurée a déposé une demande de rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI). Dans un rapport du 29 janvier 2004, le Dr B_____ a confirmé les diagnostics déjà posés et ajouté celui de radiculopathie C6-C7 présente depuis le 18 novembre 2002. Il a également mentionné, tout en précisant qu'il était sans répercussion sur la capacité de travail de sa patiente, un rétrécissement de calibre du canal cervical de C5 à C7 existant depuis 2002. Le Dr B_____ a conclu à une totale incapacité de travail depuis le 15 novembre 2002 et pour une durée indéterminée

dans la profession de réceptionniste-téléphoniste. Il a précisé que selon lui, cette activité était encore exigible à raison de quatre heures par jour et que la diminution de rendement atteignait 50%. Il a émis l'avis que l'on pouvait attendre de sa patiente qu'elle exerçât une autre activité permettant de fréquents changements de position, telles que celles de vendeuse dans une boutique ou une bijouterie ou d'employée dans une cafétéria, à raison de quatre heures par jour. Le médecin a insisté sur la nécessité d'alterner les positions assise et debout, d'éviter les déplacements à pied sur plus de 600 mètres, le soulèvement, le port ou le déplacement de charges de plus de trois kilos, les positions à genoux, accroupie, en inclinaison du buste, le travail en hauteur ou sur une échelle ainsi que les déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Dans un rapport du 5 février 2004, le Dr A_____ a diagnostiqué un syndrome cervical, une distorsion cervicale à la suite de l'accident de circulation et un syndrome vertébral lombaire. Il a attesté d'une totale incapacité de travail du 17 mai au 7 juin 2000 et à partir du 15 novembre 2002, pour une durée indéterminée. Le médecin a précisé que la patiente était dans l'incapacité de rester assise plus de deux heures par jour, de rester debout plus d'une heure par jour, de marcher plus d'une demi-heure, de travailler en hauteur ou sur une échelle et de se déplacer sur sol irrégulier ou en pente. Une expertise a été demandée par l'assureur-accidents au Dr D_____, neurologue FMH, qui a examiné l'assurée en date du 26 janvier 2004. L'expert a constaté une limitation de la mobilité cervicale et des douleurs cervicales, surtout latéro-cervicales droites spontanées et augmentées par les mouvements et à la palpation, irradiant dans l'épaule droite et évoluant de manière cyclique depuis l'accident du 17 mai 2000. Le Dr D_____ a diagnostiqué de « discrets syndromes vertébro-radicaux cervical droit », sans déficit moteur ni sensitif, dont l'intensité douloureuse était augmentée par un état anxio-dépressif. Il a relaté que la patiente se plaignait de maux de tête intermittents, d'épisodes de vertiges avec peur panique, de troubles de la mémoire et de la concentration et de douleurs à la nuque. Le médecin a mentionné une instabilité émotionnelle et une dépression, tout en précisant que les troubles étaient apparus beaucoup plus tardivement que le syndrome cervical algique. Selon la patiente, l'état de stress apparut immédiatement après l'accident avait été négligé par les médecins et n'avait été pris en considération que suite à un malaise, le 15 novembre 2002. Le Dr D_____ a émis l'avis que l'assurée ne pourrait reprendre la moindre activité avant que son état psychologique ne se soit amélioré. Le médecin a précisé que la limitation n'était certainement pas de nature organique puisque la contracture cervicale ne contre-indiquait pas un travail dépourvu d'efforts physiques avec les membres supérieurs (cf. rapport d'expertise du 3 mai 2004). Interrogée par l'OCAI, l'assurée a affirmé que si elle avait été en bonne santé, elle aurait exercé, en plus de la tenue de son ménage, une activité lucrative à 50% (cf. questionnaire du 25 juin 2004). Le Dr C_____ a diagnostiqué un état de stress post-traumatique (F 43.1) chronifié et des problèmes somatiques (colonne vertébrale) présents depuis 2000. Il a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail de la patiente, une modification durable de la personnalité (F 62.8) depuis 2000 ainsi qu'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F. 32.11) existant depuis 2002. Le médecin a conclu à une totale incapacité de travail à compter du 6 janvier 2003, date du début du traitement psychique. Il a indiqué que les plaintes de la patiente portaient sur sa fatigabilité, une tendance à l'isolement, une irritabilité, des cauchemars occasionnels, une hypersensibilité au bruit, une résurgence des images de son accident et des troubles cognitifs. Le médecin a précisé que le frère de l'assurée était mort tragiquement dans un accident de circulation au début des années 1970 et que l'expérience traumatique vécue en 2000 avait réactivé les blessures de cet accident.

Le Dr C _____ a constaté une humeur subdépressive, un affect triste, des faibles capacités d'intégration et de mentalisation chez une patiente qu'il a décrite comme très émotive mais essayant de rester optimiste. Il a relevé qu'une série d'accidents relativement mineurs mais traumatisants étaient survenus en dates des 1^{er} août 2001, 16 mars et 7 septembre 2002 qui avaient encore un peu plus épuisé la patiente. Une augmentation des douleurs et une impossibilité à se concentrer avaient provoqué un arrêt de travail à compter du 15 novembre 2002, puis une prise en charge psychiatrique (cf. rapport du 14 août 2004). Le 6 octobre 2004, l'assureur-accidents a rendu une décision aux termes de laquelle il a mis fin à ses prestations avec effet au 1^{er} novembre 2002, au motif, d'une part, qu'il n'y avait plus de lien de causalité entre les douleurs physiques et l'accident et, d'autre part, qu'il n'y avait pas de lien de causalité adéquate entre ce dernier et les troubles psychiques qui s'étaient manifestés depuis le 18 novembre 2002. Le 25 avril 2005, l'assurée a été soumise à un examen clinique bi-disciplinaire réalisé par le Dr E _____, spécialiste en médecine physique et rééducation FMH, et la Dresse F _____, psychiatre FMH, tous deux médecins auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Les experts ont diagnostiqué des cervicalgies chroniques à prédominance droite sur troubles dégénératifs et une hernie discale médiane paramédiane gauche C5-C6 sans signe de compression ni trouble neurologique associé. Ils ont également mentionné, tout en considérant qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail, une personnalité à traits dépendants et une fibromyalgie. Les médecins ont précisé que le status ostéoarticulaire mettait en évidence une hypoesthésie globale de tout le membre supérieur et de l'hémi-thorax droits sans territoire anatomique défini, trois points sur cinq selon Waddel pour une pathologie non organique et douze points sur 18 selon Smith en faveur d'une fibromyalgie. Sur le plan psychique, la Dresse F _____ a dit n'avoir constaté ni fatigabilité, ni idées suicidaires, d'anhédonie, ni sentiment de culpabilité, ni éléments florides de la lignée psychotique ou signe évocateur d'un trouble grave de la personnalité. Les experts ont retenu à titre de limitations fonctionnelles, le fait de ne pouvoir conserver une position statique du rachis cervical plus d'une heure et demie, le fait de devoir éviter le port de charges supérieures à 15 kg avec le membre supérieur droit, l'élévation des membres supérieurs au-delà de 90° de façon répétitive, les mouvements de rotation droite et gauche de façon brusque et/ou répétitive. Les médecins sur SMR ont émis l'avis que l'assurée avait toujours été capable d'exercer à plein temps son activité de téléphoniste-réceptionniste car celle-ci était pleinement adaptée à ses pathologies arthrosiques bénignes (cf. rapport daté du 29 avril 2005). Sur quoi, l'OCAI, par décision du 11 août 2005, a nié à l'assurée le droit à toute prestation au motif qu'elle ne souffrait d'aucune atteinte à sa santé psychique puisqu'il n'y avait ni retrait social important, ni état psychique cristallisé, et que, sur le plan somatique, il était exigible de sa part qu'elle continue à exercer à plein temps l'activité de réceptionniste-téléphoniste, laquelle était pleinement adaptée à ses pathologies arthrosiques bénignes. Le 15 septembre 2005, l'assurée a formé opposition à cette décision en alléguant être dans l'incapacité totale de travailler, en raison de troubles non seulement psychiques mais également physiques et en contestant le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Le 13 octobre 2005, l'assurée a informé l'OCAI que, dans son rapport d'expertise, le Dr G _____, neurologue FMH, auquel l'assureur-accidents l'avait adressée pour expertise, avait conclu à une totale incapacité de travail en raison de troubles d'ordre psychiatrique. Elle a relevé qu'indépendamment de la question de l'invalidité en rapport avec les troubles somatiques, ce rapport était déjà en contradiction évidente avec les conclusions du SMR. Le rapport d'expertise établi par le Dr G _____ en date du 4

octobre 2005 a été versé au dossier de l'assurée. Le Dr G_____ y a diagnostiqué un syndrome douloureux chronique avec contractures musculaires diffuses, des troubles dégénératifs étagés cervicaux, un état anxieux et dépressif secondaire et un possible syndrome de stress post-traumatique dont il a indiqué qu'il devait être confirmé par un spécialiste. Il n'a constaté ni lésions osseuses post-traumatiques ni aucun stigmate permettant de suspecter un syndrome radiculaire, mais en revanche, un syndrome douloureux chronique avec des contractures douloureuses diffuses et un état de vulnérabilité et de fatigue importante avec des reviviscences de l'accident. L'IRM cervicale confirmait l'existence de troubles dégénératifs engendrant un conflit avec la racine C7 de façon plus marquée à gauche, alors que la symptomatologie clinique se situait au membre supérieur droit. Il n'existait donc pas de corrélation radio-clinique. Le Dr G_____ a émis l'opinion que l'assurée avait tout d'abord souffert des suites d'un traumatisme cervical, lombaire et du genou gauche, puis dans un deuxième temps, d'une accentuation de toute la symptomatologie survenant dans le cadre d'un regain de l'intensité de son état anxio-dépressif. Il a relevé que l'accident avait été léger et que le Dr A_____ avait considéré le cas comme terminé en date du 14 juin 2000. S'agissant du tableau clinique, le médecin a estimé qu'un état de stress post-traumatique était possible, mais certainement amplifié dans le contexte d'un état anxieux et dépressif, l'imbrication de ces deux éléments devant être analysée par un expert psychiatre. Au moment de l'examen, l'assurée présentait de nombreuses caractéristiques entrant dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux. Le Dr G_____ a conclu à ce que le statu quo sine avait été atteint deux ans après l'accident et qu'il n'y avait pas de limitation de la capacité de travail sur le plan somatique. Il a en revanche estimé que l'assurée était dans l'incapacité totale de travailler pour des raisons psychiatriques, qu'il a conseillé de faire analyser par un spécialiste. Selon lui, les limitations de l'assurée étaient avant tout liées à une situation psychologique décompensée qui semblait s'être quelque peu aggravée depuis plusieurs mois. Eu égard au syndrome douloureux chronique, le Dr G_____ a recommandé d'éviter le port de lourdes charges et les travaux astreignants, même si des activités physiques n'engendraient pas ipso facto une aggravation de l'état de la patiente, bien au contraire. Le Dr G_____ a considéré qu'un travail de réceptionniste ou de téléphoniste serait tout à fait adéquat. Dans un rapport du 22 novembre 2005 rédigé à la demande de l'assurée, le Dr C_____ a pris position sur le rapport du SMR daté du 25 avril 2005 et contesté l'absence de syndrome de stress post-traumatique. Il a reproché à l'expert psychiatre de ne pas avoir assez tenu compte des troubles relatés par la patiente (insomnie, impact psycho-socio-professionnel de l'accident et modification de la personnalité), dont il a souligné qu'ils étaient caractéristiques des répercussions traumatiques. Le Dr C_____ a fait observer que sa patiente souffrait de troubles du sommeil avec cauchemars et que le fait d'avoir pu travailler pendant deux ans après l'accident n'excluait pas l'existence du syndrome de stress post-traumatique. Il a émis l'avis que ce dernier s'était manifesté aussitôt après l'accident mais qu'aucune évaluation psychique n'avait été proposée à ce moment-là. Il a ajouté que d'autres modifications durables de la personnalité (F 62.8) sous forme de syndrome algique chronique et des traits de la personnalité dépendante (F 60.7) étaient apparus après l'accident. Le Dr H_____, médecin auprès du SMR, a émis l'avis que le rapport du Dr C_____ n'apportait aucun fait nouveau susceptible de modifier l'appréciation de l'état psychiatrique de l'assurée. Selon lui, le changement de mode de vie à distance de l'accident, motivé par un syndrome douloureux sans trouble anxieux ni détresse ni isolement social et caractérisé par un profit immédiat ainsi qu'une reconnaissance du statut de victime ne

pouvait être qualifié de trouble de la personnalité invalidant (cf. rapport du 11 avril 2006). Le 16 mars 2006, l'assureur-accidents a rendu une décision sur opposition confirmant celle du 6 octobre 2004. Le 16 juin 2006, l'assurée a interjeté recours contre cette décision devant le Tribunal de céans (A/2186/2006). Le 17 juillet 2006, l'OCAI a également rendu une décision sur opposition aux termes de laquelle il a lui aussi confirmé sa décision du 11 août 2005. L'OCAI a considéré que le rapport bi-disciplinaire du SMR devait se voir reconnaître pleine valeur probante, que le rapport du Dr C_____ ne permettait pas de mettre en doute ses conclusions et que l'expertise réalisée par le Dr G_____ ne faisait que corroborer les constatations des médecins du SMR dans la mesure où sa reconnaissance d'une incapacité totale de travail pour raisons psychiatriques était soumise à la confirmation d'un médecin psychiatre. Le tableau clinique n'était pas compatible avec un état de stress post-traumatique, la personnalité à traits dépendants ne pouvait être qualifiée de maladie et, au demeurant, sa gravité, sa durée et son acuité n'atteignaient pas un seuil tel qu'on puisse la considérer comme une comorbidité à la fibromyalgie. Seul le critère de l'affection corporelle chronique pouvait être admis, ce qui n'était pas suffisant pour reconnaître un caractère invalidant à la fibromyalgie. Enfin, au regard de la description faite par l'assurée de ses journées, on devait conclure qu'elle ne rencontrait pas de limitation dans l'exercice de ses tâches habituelles ou en tout cas pas avec une importance suffisante pour lui ouvrir le droit à des prestations. Par écriture du 14 septembre 2006, l'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal de céans en concluant, préalablement, à l'audition des Drs C_____ et B_____ et de Monsieur N_____, puis à la mise en oeuvre d'une expertise multidisciplinaire. À titre principal et sous suite de dépens, elle demande que lui soit reconnue une invalidité totale dès le 18 novembre 2002 et que lui soit donc allouée une rente entière d'invalidité dès novembre 2003. La recourante fait grief à l'intimé de s'être basé exclusivement sur l'examen bi-disciplinaire du SMR et sur le rapport du Dr H_____ contre l'avis unanime du Dr G_____ et de ses médecins traitants. Elle fait valoir que le rapport d'empathie de ces derniers envers elle ne suffit pas à discréditer leur avis pour permettre de privilégier celui exprimé par un médecin salarié de l'intimé, avis au demeurant critiquable puisqu'il niait l'existence de problèmes somatiques au niveau cervical qui avaient pourtant été médicalement constatés. La recourante allègue avoir subi un stress post-traumatique en tant qu'elle a été confrontée à un événement qui a menacé son intégrité physique ainsi que celle de ses enfants et qu'elle revit régulièrement l'événement dans son sommeil. Dans sa réponse du 3 octobre 2006, l'intimé a conclu au rejet du recours en se référant à la motivation développée dans sa décision sur opposition. Le 16 octobre 2006, la recourante a demandé au Tribunal de céans de suspendre la procédure dans l'attente des résultats des enquêtes ordonnées par le Tribunal dans le cadre de la procédure ouverte en matière d'assurance-accidents, ce à quoi l'intimé ne s'est pas opposé (cf. son courrier du 2 novembre 2006), de sorte qu'en date du 6 novembre 2006, le Tribunal de céans a suspendu l'instance jusqu'à la fin des enquêtes ouvertes dans la procédure en matière d'assurance-accidents. Dans le cadre de cette dernière procédure, le Tribunal de céans a entendu plusieurs témoins, en dates des 25 janvier 2007 et 15 février 2007. Le Dr D_____ a déclaré se souvenir qu'il avait insisté sur le fait que les problèmes physiques banals qui n'entraînaient aucune invalidité n'expliquaient pas la situation de la patiente. En revanche, il avait été assez impressionné par l'état de stress dans lequel l'accident avait plongé la patiente. Il avait eu le sentiment que les dégâts psychologiques n'avaient peut-être pas été estimés à leur juste valeur dès le début et avait évoqué l'éventualité d'un état de stress post-traumatique. Il a confirmé que la patiente ne

pouvait pas reprendre son travail avant tout pour des questions psychologiques. Il a expliqué qu'il avait conseillé dans les conclusions de son rapport d'attribuer une conséquence psychologique à l'accident parce qu'il savait d'expérience que plus les procédures duraient, plus la situation se dégradait au plan psychologique. Il souhaitait ainsi souligner la nécessité d'accélérer le traitement du dossier. S'agissant du malaise dont la patiente avait été victime au mois de novembre 2002, il l'avait attribué à un pic de stress émotionnel. Monsieur N _____, ostéopathe, a indiqué avoir vu la recourante à quatre reprises, la première fois le 28 août 2006, pour des vertiges, des migraines, des douleurs cervicales et une paresthésie du membre supérieur droit touchant le nerf médian et se traduisant par des fourmillements et une perte de force dans le pouce, l'index et le majeur. Les plaintes de la patiente lui paraissaient crédibles et il n'avait constaté personnellement aucune exagération. Il a ajouté que sa pratique personnelle lui avait permis de constater que souvent, en cas de traumatisme, la statique cervicale apparaissait d'abord non modifiée et qu'un changement n'était visible qu'après deux ou trois ans. Madame O _____, physiothérapeute, a déclaré que la recourante lui avait été adressée pour la première fois le 16 août 2006. La patiente se plaignait de cervicalgies, de troubles du sommeil, sous forme de cauchemars de reviviscence de son accident, de fourmillements dans le majeur, l'annulaire et l'auriculaire droits, de perte de force dans le pouce et l'index droits et enfin, de céphalées. Le Dr C _____ a estimé que le ressenti de mort imminente de la patiente pour elle et ses enfants avait sans doute joué un rôle important. Il a relevé que les critères diagnostics étaient distincts pour une dépression ou un syndrome post-traumatique et que, dans le cas de la recourante, il avait conclu au second. Il lui apparaissait évident que le simple fait d'évoquer l'événement provoquait encore un débordement émotionnel chez la patiente. Le Dr B _____ a confirmé que le problème de la recourante était plus psychique que physique et a affirmé n'avoir remarqué aucune discordance entre ses constatations objectives et les plaintes émises. Au premier examen, il avait posé le diagnostic de suspicion d'état de stress post-traumatique et, après 5 à 6 semaines, celui d'état anxieux dépressif. Il a émis l'opinion que le traitement administré à l'hôpital de la Tour dans les jours suivant l'accident était trop léger s'agissant d'une entorse cervicale, lésion dont on savait qu'elle risquait de se chroniciser, et que cela avait peut-être aggravé la situation. Dans la mesure où les symptômes subsistaient deux ans après l'accident, l'état de stress post-traumatique avait été négligé. Il avait posé le diagnostic de stress post-traumatique parce que l'accident de la circulation dont la patiente avait été victime avait constitué un choc ayant engendré la peur et que des douleurs étaient apparues postérieurement. Il a considéré que la patiente n'avait pas subi un heurt léger lors l'accident dès lors qu'elle avait été heurtée par une autre voiture ce qui avait provoqué un coup du lapin, soit un événement exceptionnel propre à déclencher un stress post-traumatique. Le Dr G _____ a estimé que l'origine des douleurs était musculaire dans la mesure où il n'y avait pas eu de troubles sensitifs, moteurs ou algiques selon un territoire radiculaire C5. L'absence de fracture avait été corroborée par le Dr A _____. Il s'est montré catégorique sur l'absence de lésions radiculaires et a fait remarquer que cela avait été confirmé par trois neurologues et une électromyographie. Le 29 novembre 2007, le Tribunal de céans a rejeté le recours de l'assurée en matière d'assurance-accidents (ATAS/1379/2007). Le Tribunal a considéré que les rapport des Drs D _____ et G _____ ainsi que ceux des Drs P _____ et F _____ remplissaient toutes les conditions pour se voir reconnaître pleine valeur probante, que le rapport du Dr C _____ concluant à un état de stress post-traumatique ne suffisait pas à établir ce dernier eu égard aux explications motivées et

convaincantes données par les Drs P_____ et F_____ pour ne pas retenir ce diagnostic. Par ailleurs, le Tribunal a estimé que le dossier médical était suffisamment complet de sorte qu'il aurait été superflu d'administrer d'autres preuves. Il a nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident. Le 18 janvier 2008, le Tribunal de céans a proposé la reprise de l'instruction en matière d'assurance-invalidité. Le 11 février 2008, la recourante a informé le Tribunal qu'elle avait interjeté recours auprès du Tribunal fédéral contre l'arrêt du 29 novembre 2007 (ATAS/1379/2007) et a requis la suspension de la procédure dans l'attente de la décision de la Haute Cour. L'intimé a pour sa part émis l'avis que d'autres mesures d'instruction n'étaient pas nécessaires. Par ordonnance du 18 février 2008 (ATAS/172/2008), le Tribunal de céans a prolongé la suspension de l'instance jusqu'à droit connu dans la procédure en assurance-accidents et réservé la suite de la procédure. Le Tribunal fédéral a statué en date du 6 août 2008 (8C_60/2008) et confirmé l'arrêt du Tribunal de céans en matière d'assurance-accidents. Le TF a retenu que, selon l'avis unanime des Drs D_____ et G_____, le développement par la recourante d'un cortège d'autres plaintes de façon secondaire plus de deux ans et demi après l'accident ne pouvait pas s'expliquer par le traumatisme cervical initial et s'inscrivait vraisemblablement dans le cadre d'une problématique sous-jacente. Il a considéré que les opinions personnelles de la physiothérapeute et de l'ostéopathe, qui n'étaient pas médecins, n'étaient pas propres à mettre en doute la fiabilité des conclusions des experts. Il a nié l'existence de circonstances particulièrement dramatiques car, bien que la recourant ait certainement été effrayée par l'idée que ses deux filles – qui se trouvaient à l'arrière du véhicule - auraient pu être blessées, elle avait aussi pu très vite se rendre compte que ses frayeurs n'avaient aucun fondement réel. Ses douleurs à la nuque et à la colonne étaient sans gravité, ne l'avaient pas empêchée de reprendre le travail trois semaines plus tard et avaient évolué favorablement après un traitement conservateur. Le 15 août 2008, le Tribunal de céans a accordé un délai aux parties pour se déterminer sur la suite de la procédure en matière d'assurance-invalidité. Le 5 septembre 2008, l'intimé a indiqué n'avoir aucune requête spécifique à formuler. Il a relevé que le TF avait confirmé que le diagnostic de stress post-traumatique ne pouvait pas être retenu et a fait valoir que des mesures d'instruction complémentaires ne semblaient pas se justifier. La recourante a fait valoir quant à elle que, puisque le TF avait examiné la question du lien de causalité, il n'avait pas remis en cause son invalidité qui avait été confirmée par divers témoins entendus dans le cadre de la procédure judiciaire en matière d'assurance-accidents. Selon elle, ces témoignages étaient de nature à mettre sérieusement en doute l'avis selon lequel elle serait apte à exercer des professions simples et répétitives ne nécessitant pas de formation préalable. Par ordonnance du 6 octobre 2008, le Tribunal de céans a ordonné l'apport du dossier de l'assurance-accidents, puis imparti un délai aux parties pour consulter ledit dossier et se déterminer. Le 10 novembre 2008, la recourante a communiqué au Tribunal un rapport établi le 4 novembre 2008 par le Dr I_____, chiropraticien, et un courriel du 30 octobre 2008 que lui avait adressé le Dr J_____, médecin et spécialiste en médecine chinoise. Par écriture du 13 novembre 2008, l'intimé a indiqué n'avoir aucun commentaire particulier à formuler et a confirmé ses conclusions précédentes. Le 23 mars 2009, la recourante a suggéré d'être soumise à une expertise psychiatrique qui serait confiée au Dr K_____. Le 24 mars 2009, le Tribunal de céans a communiqué cette écriture à l'intimé et gardé la cause 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) 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^{er} 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 nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par le même principe et sont applicables au droit à la rente dès le 1^{er} janvier 2004. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} 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^{er} 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 date du 17 juillet 2006 et les délais sont suspendus du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA) de sorte que le recours du 14 septembre 2006 a été formé en temps utile, le dernier jour du délai (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière 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). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1^{er} janvier 2004, 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). Lors de l'examen initial du droit à la rente, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28 al. 2 et 3 LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. L'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003: art. 28 al. 3 LAI en corrélation avec les art. 27bis al. 1 et 2 RAI et 8 al. 3 LPGA, ainsi que l'art. 16 LPGA; depuis le 1^{er} janvier 2004: art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec les art. 27bis RAI et 16 LPGA, ainsi que l'art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA). Ainsi, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 16 LPGA); on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs. La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 395 consid. 3.3 et les références, 104 V 136 consid. 2a). De même que pour les assurés actifs, l'incapacité de travail selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel ou n'exerçant pas d'activité lucrative ne se confond pas avec le degré d'invalidité. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 140 consid. 5.3). Selon la jurisprudence, les empêchements de l'assurée doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des membres de la famille au titre de l'obligation de réduire le dommage (ATF 130 V 97 consid. 3.2, 123 V 230 consid. 3c et les références), une personne qui s'occupe du ménage étant tenue de faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail, par exemple en adoptant une méthode de travail adaptée ou en recourant précisément à l'aide des membres de sa famille dans la mesure habituelle (ATF non publié I 735/04 du 17 janvier 2006, consid. 6.5). 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). 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 50). Il y a lieu de poser la même présomption en présence d'une fibromyalgie (ATF 132 V 71 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 353 consid. 2.2.2 et 399 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 72 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). 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 (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). 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 (ATF 131 V 49). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Selon le principe de libre appréciation des

preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le TF 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). 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). 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'espèce, le TF, dans son arrêt du 6 août 2008, a confirmé qu'il n'y avait aucun motif sérieux de s'écarter des considérations médicales motivées et convaincantes des Drs D_____ et G_____. Il a précisé que les déclarations du Dr B_____ au sujet du caractère traumatique de l'hernie en C7 ainsi que de la radiculopathie en C6 avaient été réfutées de manière circonstanciée par le Dr G_____ et que les opinions personnelles tant de la physiothérapeute que de l'ostéopathe, qui n'étaient pas médecins, n'étaient pas propres à mettre en doute la fiabilité des conclusions des experts. Par conséquent, il leur a reconnu une entière valeur probante de sorte qu'il n'est pas nécessaire de réexaminer la valeur probante de ces expertises dans le cadre de la présente procédure. Dès lors, il y a lieu de confirmer, sur la base des conclusions des experts, l'absence d'incapacité de travail en relation avec le syndrome cervical et les troubles associés dans une activité n'impliquant pas d'efforts physiques des membres supérieurs. En revanche, le TF n'a pas jugé nécessaire de trancher entre les différents avis médicaux concernant la composante psychique au vu de l'absence de lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident. Il a rappelé que les Drs D_____

et G _____, suivis en cela par les Drs B _____ et K _____, mentionnaient respectivement un état anxio-dépressif, des troubles somatoformes douloureux et un état de stress post-traumatique. En premier lieu, il convient donc d'examiner si l'expertise bi-disciplinaire du SMR peut se voir reconnaître pleine valeur probante sur ce point. Dans leur rapport d'examen clinique bi-disciplinaire du 25 avril 2005, les Drs F _____ et L _____ ont diagnostiqué une personnalité à traits dépendants et une fibromyalgie mais considéré que ces atteintes n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Selon eux, du point de vue somatique, l'assurée présente un syndrome cervical algique chronique sur un trouble dégénératif mineur sans aucune atteinte neurologique objectivable. Au plan psychique, la Dresse F _____ dit avoir constaté une thymie neutre avec labilité émotionnelle et n'avoir détecté ni élément floride de la lignée psychotique, ni signe évocateur d'un trouble grave de la personnalité. Les experts ont conclu à une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle eu égard à l'absence d'arguments cliniques objectifs pour étayer une incapacité de travail de longue durée et ont émis l'opinion que la recourante avait toujours été capable d'exercer l'activité de téléphoniste-réceptionniste, laquelle était pleinement adaptée à ses pathologies arthrosiques bénignes. Les experts se sont exprimés sur l'évolution de l'état de santé, sur la capacité de travail et sur les limitations fonctionnelles de l'assurée. Ils ont rédigé leur rapport après avoir étudié les pièces du dossier, établi une anamnèse, pris note des plaintes de la recourante et procédé à un examen clinique. Sur le plan somatique, ils ont retenu principalement les mêmes diagnostics que les autres médecins. S'agissant des troubles psychiques, ils ont expliqué qu'un syndrome de stress post-traumatique évoluait naturellement, au plus tard après six mois, en modification de la personnalité avec des signes spécifiques qui n'étaient pas présents à l'examen chez la recourante. Leurs conclusions procèdent d'une analyse complète de l'ensemble des circonstances déterminantes ressortant de l'anamnèse, du dossier médical et de l'examen. Elles sont cohérentes, en tant que, notamment, contrairement aux divers médecins traitants, ils relativisent l'intensité des douleurs décrites en se fondant sur le résultat des examens auxquels ils ont procédé et sur le dossier radiologique, soit sur des éléments objectifs seuls pertinents dans ce type d'appréciation de sorte que leur rapport peut se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. ATFA du 12 juillet 2005, I 366/05). En effet, le seul fait que les Drs F _____ et L _____ soient médecins du SMR ne suffit pas pour douter de l'impartialité de leurs conclusions alors que l'existence de circonstances objectives démontrées permettant d'avoir des doutes à ce sujet n'est pas rendue vraisemblable. De plus, on ne voit pas en quoi les experts du SMR auraient nié des problèmes somatiques au niveau cervical constatés par les autres médecins puisque les experts neurologues ont tous admis qu'il n'existait que des troubles minimes n'entraînant aucune incapacité de travail. Il reste à examiner si les critiques formulées par le Dr C _____ dans son rapport du 22 novembre 2005 sont susceptibles de remettre en cause le bien-fondé du rapport du SMR. Le psychiatre traitant conteste l'absence de syndrome de stress post-traumatique, alléguant qu'il existe des signes caractéristiques de répercussion traumatique, à savoir des insomnies, un impact psycho-socio professionnel de l'accident et une modification de la personnalité. Il reproche aux experts de ne pas avoir tenu compte des cauchemars de la patiente et de son vécu traumatique, du fait que sa vie sociale est devenue plus pauvre après l'accident, de sa tendance à l'isolement, des autres modifications durables de la personnalité et de ses traits de personnalité dépendants. Il considère que le fait que la patiente ait rapidement repris le travail après l'accident peut être considéré comme une fuite en avant pour échapper à sa

douleur et soutient que l'évolution chronique de ce syndrome est bien connue en littérature. Dans son arrêt du 29 novembre 2007 (ATAS/1379/2007) relatif au litige en matière d'assurance-accidents, le Tribunal de céans a déjà eu l'occasion de se prononcer sur cette question. Il a ainsi retenu que l'avis divergent du Dr C _____ ne justifiait pas que l'on s'écartât des conclusions de l'examen bi-disciplinaire du SMR et que les reproches faits aux médecins du SMR étaient erronés. En effet, les examinateurs ont pris en compte les plaintes de la recourante quant à l'impossibilité de trouver le sommeil, tout en relevant qu'elle avait déclaré par ailleurs rester au lit le matin jusqu'à 11h00-12h00. Ils ont précisé que sa description confondait la période ayant suivi immédiatement l'accident de 2000 avec la situation au moment de l'examen (le sommeil était alors décrit comme étant de bonne qualité et sans cauchemars depuis plusieurs années, mais décalé vers le matin). Les médecins du SMR n'ont pas relevé de tendance à l'isolement puisque la recourante a, au contraire, expliqué qu'elle se promenait l'après-midi avec une amie, qu'elle rencontrait de nombreux amis, se rendait au cinéma, nageait une à deux fois par semaine et entretenait de nombreuses amitiés, ces personnes s'invitant mutuellement pour partager des repas. S'agissant des troubles de la personnalité, ils ont expliqué que la recourante ne présentait pas de signes spécifiques d'une modification de la personnalité, tels qu'une attitude hostile et méfiante envers le monde, un retrait social, des sentiments de vide ou de perte d'espoir, de menace constante ou de détachement. Ils ont observé un léger détachement par rapport aux gens qui ne la comprenaient pas, mais pas d'anesthésie psychique ni d'émoussement émotionnel, ni d'évitement des situations à risque puisque la recourante conduisait à nouveau sa voiture. Les médecins du SMR ont admis qu'après l'accident, la crainte de la mort ne faisait aucun doute et avait provoqué chez la patiente des insomnies avec cauchemars. Ils ont toutefois relevé que ces signes accompagnateurs physiologiques s'étaient amendés dans un premier temps, avant d'être volontairement réactivés par la recourante lorsqu'elle avait sollicité son assurance. Ils ont expliqué que la personnalité à traits dépendants était un mode relationnel choisi délibérément par la recourante et non une maladie psychiatrique. Il y a lieu de confirmer cette appréciation en précisant que, selon la Classification internationale des troubles mentaux et du comportement (CIM-10), un des critères de l'état de stress post-traumatique (F 43.1) est l'évitement ou la tendance à l'évitement de situations ressemblant au facteur de stress ou associées à ce dernier. Or, la recourante a recommencé à conduire sa voiture, ce qui établit que l'un des critères permettant de poser ce diagnostic fait en tout cas défaut. Par ailleurs, lors de son audition par le Tribunal de céans, le psychiatre traitant a expliqué avoir posé ce diagnostic parce que la patiente avait subi un coup du lapin, ce qui représentait un événement exceptionnel propre à déclencher un stress post-traumatique. Ce raisonnement repose sur une prémisse erronée car la plupart des coups du lapin n'entraînent aucun stress post-traumatique. De plus, selon le rapport de police, la recourante a été heurtée par un véhicule qui s'est tout d'abord arrêté au milieu du carrefour, avant de repartir sans regarder si la voie était libre, ce qui permet d'en déduire que sa vitesse n'était pas très élevée au moment du choc et donc que l'importance de celui-ci n'était pas telle qu'il ait pu provoquer un état de stress post-traumatique, d'autant plus qu'il n'a pas eu lieu frontalement puisque l'avant de la voiture de la recourante a heuré l'aile avant droite du véhicule fautif. Au demeurant, les développements du Dr C _____ sont contradictoires. En effet, le médecin conteste l'appréciation des médecins du SMR qui ne mettent pas en corrélation l'accident et l'arrêt de travail au motif qu'ils n'ont pas retenu, à tort, une modification de la personnalité, tout en diagnostiquant, dans son rapport du 14 août 2004, une modification durable de la

personnalité (F 62.8) sans répercussion sur la capacité de travail. En outre, il justifie le diagnostic « d'autres modifications durables de la personnalité » par l'apparition, après l'accident, de traits de personnalité dépendants. Or, il s'agit de traits de la personnalité et non pas de troubles de la personnalité de sorte qu'on ne voit pas comment ils pourraient légitimer le diagnostic « d'autres modifications durables de la personnalité » et entraîner une incapacité de travail. Enfin, contrairement aux experts et aux divers médecins relatant une amplification des douleurs, le psychiatre traitant n'a pas mis en évidence de signes de non-organicité conduisant à relativiser les plaintes de l'assurée. En définitive, les conclusions du Dr C _____ relatent surtout la manière dont la patiente assume et ressent elle-même ses facultés de travail, sans y porter un regard critique (ATFA non publiés I 366/05 du 12 juillet 2005 et I 808/04 du 14 septembre 2005, consid. 4.2). Par conséquent, ses considérations sont empreintes de son point de vue de médecin traitant. Or, il y a lieu d'établir la mesure de ce qui est raisonnablement exigible d'un assuré le plus objectivement possible. En effet, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle; ATFA non publié du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2). Au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; ATFA non publié I 113/06 du 7 mars 2007, consid. 4.4 et les arrêts cités), on ne saurait remettre en cause les conclusions d'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 contraire. 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 psychiatrique et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (ATF non publié 9C_480/2008 du 27 janvier 2009, consid. 4). Or, il ressort de ce qui précède que les Drs F _____ et L _____ n'ont pas omis de prendre en considération certains éléments objectifs. Par conséquent, les critiques du Dr C _____ tendent davantage à substituer sa propre appréciation à celle des experts qu'à établir l'existence d'une carence évidente dans l'évaluation de sorte qu'elles ne sont pas susceptibles de faire douter de la valeur probante du rapport d'examen bi-disciplinaire du SMR. La recourante requiert, à titre subsidiaire, des mesures supplémentaires d'instruction, à savoir la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire. Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié du 17 mars 2003, U 154/02, consid. 6.1 et les références citées). Etant donné que les pièces versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, la mise en œuvre d'une expertise supplémentaire s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves. En conséquence, il n'y a pas lieu de donner suite à la demande d'instruction complémentaire. Il reste à déterminer si la fibromyalgie diagnostiquée par les Drs F _____ et L _____ entraîne une invalidité. 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). Tout d'abord, il convient d'examiner s'il existe une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes au sens de la jurisprudence. Selon les médecins du SMR, la recourante ne présente aucune comorbidité psychiatrique, alors que le Dr C _____, dans son rapport du 22 novembre 2005, mentionne un syndrome de stress post-traumatique et d'autres modifications durables de la personnalité. De plus, dans son rapport du 14 août 2004, il diagnostique une modification durable de la personnalité (F 62.8) ainsi qu'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11). Il n'y a pas lieu de revenir sur les explications cohérentes des médecins du SMR et les développements ci-dessus qui permettent de nier tant le diagnostic de stress post-traumatique que celui d'autres modifications durables de la personnalité. Au demeurant, des traits de la personnalité ne sont pas suffisamment importants pour retenir une co-morbidité psychiatrique justifiant une incapacité de travail ce qui d'ailleurs est confirmé par le Dr C _____ en tant qu'il a posé ce diagnostic dans le cadre des affections sans répercussion sur la capacité de travail. Dans son rapport du 22 novembre 2005, le psychiatre traitant ne semble plus retenir le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Quoiqu'il en soit, un épisode dépressif moyen ne suffit pas à établir l'existence d'une co-morbidité psychiatrique. En effet, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux et de la fibromyalgie, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine). Il reste à examiner la présence éventuelle d'autres critères dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant de la fibromyalgie. Le critère des affections corporelles chroniques peut être tenu pour établi puisque la recourante souffre depuis plusieurs années de douleurs diffuses à la nuque avec irradiations dans les membres supérieurs, céphalées, nausées et épisodes de vomissements. En revanche, elle ne subit pas une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. En effet, selon la description que la recourante a donnée de ses journées aux experts, après s'être levée, elle réchauffe le repas préparé la veille pour ses deux filles et s'occupe de son ménage, puis part en promenade avec une amie et, de retour au domicile, fait de la lecture ou se rend au cinéma. Le soir, elle supervise les devoirs de ses filles avec lesquelles elle prépare le repas et passe la soirée devant la télévision. Cette description n'établit aucune perte d'intégration sociale de sorte que ce critère n'est pas réalisé. Il n'y a pas davantage lieu de conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique ou à l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art. En effet, les derniers renseignements médicaux contenus dans le rapport du Dr I _____ daté du 4 novembre 2008 et le courriel du 30 octobre 2008 adressé par le Dr J _____ font état d'une meilleure mobilité, respectivement de la correction d'un désordre ostéo-articulaire et musculaire ayant entraîné une nette diminution des douleurs en peu de temps ainsi que

l'estompement de certains troubles psychologiques. De plus, le Dr C _____ ne mentionne plus d'épisode dépressif moyen et les experts n'ont pas constaté une diminution de la thymie ce qui confirme une amélioration de l'état de santé de la recourante et l'absence d'un état psychique cristallisé. Outre l'absence des critères déterminants, la recourante a été décrite comme très démonstrative dans le rapport de l'hôpital de la Tour du 29 janvier 2003 et assez démonstrative par le Dr D _____ dans son rapport d'expertise du 3 mai 2004. De plus, dans le rapport d'expertise du 4 octobre 2005, le Dr G _____ a mentionné que l'existence d'un état de stress post-traumatique était possible, mais certainement amplifiée dans le contexte d'un état anxieux et dépressif d'origine multifactoriel. Ces constatations permettent de conclure, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance (ATF 131 V 49 consid. 1.2 p. 50 ; ATF non publié 9C_45/2007 du 25 septembre 2007, consid. 5.2.2). En définitive, il convient de suivre les conclusions des Drs F _____ et L _____ également sur le plan de la capacité de travail, à savoir que la recourante dispose d'une capacité de travail entière dans son activité habituelle de téléphoniste-réceptionniste qui est pleinement adaptée aux pathologies arthrosiques bénignes présentes actuellement. Etant donné que la recourante aurait continué à travailler à 50%, il faut admettre que son statut est mixte. Au regard des limitations fonctionnelles consistant principalement en empêchement de port de charges supérieures à 15 kilos et d'élévation des membres supérieurs au-delà de 90 ° de façon répétitive, il y a lieu de retenir que la recourante présente des limitations dans les tâches ménagères même si l'intimé n'a procédé à aucune enquête ménagère, à juste titre, au vu de la fibromyalgie s'apparentant à des troubles psychiques. Eu égard à l'aide apportée par ses filles dans les tâches ménagères, il n'est pas plausible que la recourante présente une invalidité donnant droit à une rente, car même en retenant un empêchement dans les tâches ménagères de 25 %, au vu de la part de 50 % consacrée à chacun des deux champs d'activité, il en résulterait un degré d'invalidité total de 12,5 % ($0\% \times 50\% + 25\% \times 50\%$). Mal fondé, le recours sera rejeté. 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 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 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