REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1599/2006 **ATAS/630/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 31 mai 2007

En la cause

Madame A_____, domiciliée , VERNIER, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Jacques MARTIN	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, GENEVE	intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Christine KOEPPEL, Violaine LANDRY-ORSAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____, née le 1959, de nationalité portugaise, est domiciliée en Suisse depuis le 16 juin 1995. Depuis son arrivée, elle a travaillé en tant que nettoyeuse pour l'entreprise X_____SA, à raison de 43,75 h./sem. En 2002, son salaire s'est élevé à 18 fr. 50 + 0,75% de l'heure.

2. Dans un rapport adressé le 8 décembre 2003 au médecin traitant de l'assurée, les médecins du service d'immunologie et d'allergologie des ("établissement hospitalier") ont posé les diagnostics suivants : asthme perannuel non allergique, reflux gastro-oesophagien, rhinoconjonctivite et asthme saisonniers sur hypersensibilité aux pollens d'arbres précoces et tardifs, sensibilisation à l'amande, la cacahuète, la carotte, le céleri, la pomme et la prune, hypertension artérielle, état dépressif, syndrome cervico-brachial et lombo-sciatalgie chroniques. Selon l'examen clinique, la patiente est cependant en bon état général.

3. Dans un bref rapport médical sur l'incapacité de travail établi le 17 décembre 2003, le Dr A_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué à l'assureur maladie de l'employeur de l'intéressée que cette dernière était dans l'incapacité totale de travailler depuis le 5 mars 2003. Il a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen, d'asthme, d'hypertension artérielle et de fibromyalgie. Il a indiqué que la patiente ne pouvait pas exercer d'autre profession, qu'elle se conformait à ses prescriptions et que sa dernière consultation remontait au 4 décembre 2003.

4. Le 27 janvier 2004, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) visant à l'obtention d'une rente et d'une mesure d'orientation professionnelle. A l'appui de sa demande, elle a invoqué une dépression, une maladie rhumatisante et de l'asthme.

5. Le Dr A_____, dans un rapport adressé à l'OCAI le 27 février 2004, a confirmé les diagnostics d'épisode dépressif moyen et de fibromyalgie. Il a ajouté que les diagnostics d'hypertension artérielle et d'asthme étaient sans répercussion sur la capacité de travail, laquelle était nulle depuis le mois de mars 2003. Il a qualifié l'état de santé de sa patiente de stationnaire et jugé que des mesures professionnelles étaient indiquées.

   Selon les dires du médecin, la patiente se plaint d'irritabilité, de maux de tête, de douleurs aux jambes, à la colonne vertébrale et aux mains, et d'angoisse. Le médecin décrit sa patiente comme ralentie, au visage triste, ayant de la difficulté à parler de ses émotions, envahie d'idées de dévalorisation et d'inutilité, souffrant d'une fatigabilité et d'une irritabilité accrue.

L'épisode dépressif moyen dont elle souffre depuis 2003 se manifeste par de la tristesse, des pleurs fréquents, etc. Selon le médecin, aucune particularité comportementale de nature sociale, culturelle ou familiale ne joue de rôle dans l'affection, les troubles psychiques ne sont pas induits par le surmenage et on ne peut penser qu'ils pourraient disparaître si les circonstances se modifiaient. L'incapacité de travail est due uniquement à une ou deux affections physiques ou mentales et non à des raisons socio-économiques ou conjoncturelles.

Le médecin est d'avis que l'activité exercée jusqu'alors n'est plus exigible mais qu'on pourrait en revanche exiger de l'assurée qu'elle exerce une autre activité, de manière réduite, évitant la poussière, les efforts physiques et le froid, à raison d'éventuellement trois heures par jour. Même dans ce cas, une diminution de rendement serait probable en raison de la dépression.

6. Dans un rapport adressé le 4 mars 2004 à l'OCAI, le Dr B_____, généraliste, a posé les diagnostics suivants : insuffisance cardiaque et hypertension depuis 1999, dépression larvée et asthme depuis 2000. Il a également mentionné, en précisant qu'elle était sans répercussion sur la capacité de travail : une lombosciatique chronique depuis 2002.

   Les incapacité de travail ont été les suivantes : 100% du 12 avril au 27 mai 2002 et 100% depuis le 12 mars 2003.

   Selon le médecin, l'état de santé de sa patiente s'aggrave. Elle souffre de polyartralgies chroniques, dyspnée cardiorespiratoire et dépression, se plaint de douleurs articulaires, de migraine, de fatigue générale, de dyspnée au moindre effort et d'insomnie. Il qualifie son état général de "dérisoire" : la mémoire fait défaut, la respiration est bruyante et le dialogue difficile. La patiente est sous antalgiques, anti-hypertenseurs, anti-asthmatiques et anti-dépresseurs.

7. Constatant que les limitations fonctionnelles, tant somatiques que psychiques, n'étaient pas décrites par les médecins et que le diagnostic de fibromyalgie n'avait pas été confirmé par un rhumatologue, le Dr. C_____, du Service Médical Régional AI (SMR) a préconisé une expertise pluridisciplinaire.

8. L'assurée a donc été examinée, en date du 20 mai 2005, par les Drs F. RUDAREANU, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, et S. VECERINA, spécialiste FMH en psychiatrie, tous deux travaillant auprès du SMR.

   Il ressort de leur rapport du 31 mai 2005 que l'anamnèse a été extrêmement difficile à établir, notamment parce que l'assurée ne parle pas le français et qu'elle a dû être assistée d'un interprète. De plus, l'assurée s'est montrée incapable de donner des réponses précises, se limitant à répéter que "cela ne va pas", qu'elle a un problème au niveau de la tête et ne se souvient plus.

Elle se plaint de douleurs au niveau de la colonne vertébrale sans autre précision. Il a été impossible d'établir depuis quand elle se plaignait de rachialgies. Selon elle, la douleur est constante, avec des épisodes plus aigus tant au niveau cervical, dorsal que lombaire. Il semblerait que cela soit plutôt dû à un état de stress ou d'énervement. Elle décrit un sentiment de chaleur partant depuis l'occiput avec irradiation le long du rachis cervico-dorso-lombaire et finissant au niveau du sacrum. La symptomatologie est décrite comme constante, exacerbée par la mobilité, par le repos, par le stress ou l'énervement. La patiente ne décrit pas de phénomène de blocage depuis qu'elle est en arrêt de travail. Elle évoque également des douleurs au niveau des deux genoux, exacerbées par la marche, sans pouvoir préciser depuis quand cette symptomatologie était présente. Elle a également mentionné des douleurs au niveau du membre supérieur droit avec la description d'une tuméfaction localisée au niveau du poignet sans que l'on puisse mettre en évidence sur le plan anamnestique de facteurs favorisants. Enfin, elle a allégué souffrir de céphalées parfois accompagnées de nausées sans vomissements et de photophobies. A nouveau, il a semblé aux médecins que cette symptomatologie était plutôt déclenchée par des situations de stress ou d'énervement.

Les médecins ont été frappés par des signes cliniques caractéristiques d'un état de manque sur sevrage aigu. Interrogée, l'assurée a déclaré prendre trois comprimés par jour de valium 10 mg depuis un certain temps. Elle a expliqué que, depuis la veille de l'examen, elle n'avait plus pris de valium afin de pouvoir se réveiller tôt le matin. Les signes cliniques caractéristiques de manque (trémor diffus, tremblements, transpiration, état de panique latente et de peur) ont disparu vingt minutes environ après la prise d'un comprimé de valium.

Au plan neurologique, l'assurée a semblé ralentie, incapable de donner des réponses aux questions relatives à une orientation dans le temps. A l'examen clinique, elle présente une boiterie tantôt à droite tantôt à gauche, des phénomènes de lâchage visiblement volontaires au niveau tantôt du genou droit tantôt du genou gauche. La marche sur la pointe des pieds et les talons est déclarée impossible car elle pense tomber. La position accroupie est impossible en raison de faiblesses et de douleurs. Le déshabillage se fait de façon harmonieuse, sans mise en évidence de limitation dans les amplitudes articulaires.

En définitive, les médecins ont conclu à une insuffisance cardiaque compensée sur cardiopathie hypertensive, une polyallergie avec phénomène d'asthme et crises anaphylactiques, des cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs modérés, une obésité morbide, une fibromyalgie, une dysthymie, une personnalité dépendante, des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs, sans répercussion sur la capacité de travail.

Sur le plan strictement ostéo-articulaire, l'examen clinique n'a pas mis en évidence de pathologie invalidante**.** Les examens complémentaires présentés ont montré des

troubles dégénératifs modérés au niveau du rachis dorso-lombaire, mais sans limitation dans les amplitudes articulaires.

Selon les médecins, la symptomatologie hyper-algique alléguée par l'assurée est à mettre sur le compte d'une fibromyalgie. Dans ce sens, les médecins ont mis en évidence tous les signes de non-organicité selon Waddel et Smith. Ils ont estimé que cette fibromyalgie, en l'absence de pathologie psychiatrique pré-existante ou de comorbidité, n'était pas invalidante.

Sur le plan cardiaque, les médecins ont constaté que l'assurée était parfaitement stabilisée, qu'elle ne présentait aucun signe de décompensation cardiaque ou d'insuffisance, et que les tensions étaient parfaitement maintenues par le traitement actuel. De ce fait, cette pathologique n'a pas non plus été considérée comme invalidante.

En ce qui concerne l'état de polyallergie associée à un épisode de choc anaphylactique, les médecins ont noté qu'il serait raisonnable d'en tenir comte au nombre des limitations fonctionnelles et ont préconisé d'éviter les expositions au froid et aux différents allergènes possibles.

Quant à l'obésité morbide, les médecins ont estimé qu'elle aggravait les autres pathologies présentées.

En conclusion, les médecins du SMR ont retenu que, sur le plan ostéo-articulaire, l'assurée ne présentait aucune pathologie invalidante justifiant une incapacité de travail et que la fibromyalgie, en l'absence de pathologie psychiatrique, n'était pas invalidante au sens de l'assurance-invalidité. Du point de vue psychiatrique, ils ont mis en évidence une humeur morose avec un désintérêt total de tout ce qui entoure l'assurée, associant une "envie de rien" avec des douleurs diffuses mal systématisées. Ils ont retenu un trouble de la personnalité de type dépendante, l'assurée se positionnant systématiquement dans un rôle dans lequel on doit tout lui faire. Les médecins ont relevé que cette personnalité dépendante était présente chez l'assurée depuis le début de son existence, qu'elle n'avait pas évolué au cours du temps et n'avait pas empêché l'assurée de travailler en tant que nettoyeuse. Enfin, ils n'ont retenu qu'un trouble dystymique ne correspondant pas, du point de vue de son intensité, à une dépression au sens strict du terme. Ils ont souligné que, de ce point de vue, l'inactivité était néfaste à l'assurée, laquelle avait d'ailleurs admis que les symptômes, notamment tymiques, s'étaient aggravés depuis son inactivité professionnelle. Les médecins ont considéré que ce tableau psychiatrique ne justifiait pas, médicalement, d'incapacité de travail mais en posait au contraire l'indication, notamment parce que les enfants de l'assurée commençaient à s'émanciper que leur départ ne pourrait être affranchi qu'avec une reprise de l'activité professionnelle de l'assurée.

Au nombre des limitations fonctionnelles, les médecins ont estimé que, sur le plan ostéo-articulaire, en l'absence de troubles invalidants, les seules limitations à établir étaient plutôt des conseils d'épargne du rachis. Par rapport à la pathologie de polyallergie, toutes les situations d'exposition aux allergènes connus devraient être évitées de même qu'une exposition au froid. Les médecins ont relevé que les limitations fonctionnelles d'origine allergique n'avaient jusqu'alors pas empêché l'assurée d'exercer sa profession de femme de ménage, qu'elles étaient plutôt de type saisonnier, associées à des intolérances alimentaires et non liées aux produits de nettoyage ou aux solvants. Sur le plan psychiatrique, ils ont souligné que l'assurée ne pourrait avoir une activité professionnelle où elle devrait prendre des décisions et supporter des responsabilités.

Les médecins ont estimé qu'il n'y avait pas de maladie justifiant une incapacité de travail. Ni du point de vue somatique ni du point de vue psychiatrique. Ils ont conclu que la capacité de travail de l'assurée était totale dans son activité habituelle pondérée par la nécessité de respecter les limitations fonctionnelles établies.

9. Par décisions du 8 août 2005, l'OCAI, se basant sur les résultats de cette expertise, a rejeté la demande de rente et de mesures professionnelles.

10. Par courrier du 29 août 2005, l'assurée a formé opposition à ces décisions.

11. Dans un courrier daté du 6 septembre 2005, le Dr A_____ a brièvement confirmé les diagnostics d'épisode dépressif moyen, de fibromyalgie, d'hypertension artérielle et d'asthme bronchique. Il a indiqué que ces maladies, notamment les deux premières, étaient responsables d'une incapacité de travail à 100%.

12. De la même manière, le Dr D_____, a indiqué dans un courrier du 12 septembre 2005 que l'assurée souffrait d'asthme, d'insuffisance cardiaque et d'une profonde dépression et que, vu ces multiples pathologies elle restait dans l'incapacité totale de travailler pour une durée indéterminée. Pour de plus amples renseignements, il a recommandé de contacter son psychiatre et le cardiologue.

13. Par courrier du 31 octobre 2005, l'assurée a motivé son opposition en se référant aux avis de ses médecins traitants, les Drs A_____ et D_____. Elle a fait valoir qu'il était "aberrant" de considérer que les nombreuses atteintes à la santé dont elle souffre n'altèrent en rien sa capacité de travail, qui plus est dans une activité physique exigeante, celle de nettoyeuse. Elle a fait remarquer que les conclusions des médecins du SMR et de ses médecins traitants n'étaient pas seulement divergentes mais diamétralement opposées. Elle a proposé qu'il soit procédé à des actes d'instruction supplémentaires sous forme d'expertise et/ou d'évaluation professionnelle.

14. Par décision sur opposition du 20 mars 2006, l'OCAI a maintenu ses décisions de refus de mesures professionnelles et de rente. Il a considéré que le rapport d'examen bi-disciplinaire du 31 mai 2005 remplissait toutes les conditions auxquelles la jurisprudence admet la valeur probante d'un tel document puisque les spécialistes ont rendu leurs conclusions sur la base d'examens complets, que les plaintes de l'assurée ont été prises en considération et que leurs conclusions sont claires et dûment motivées contrairement aux avis des médecins traitants qui sont apparus comme dénués de motivations suffisantes et non susceptibles de remettre en cause les conclusions des spécialistes du SMR.

15. Par courrier du 5 mai 2006, l'assurée a interjeté recours contre cette décision et conclu à l'octroi d'une rente entière à compter du mois de mars 2004.

    Elle fait valoir que, bien que le rapport du SMR réponde apparemment aux exigences dégagées par la jurisprudence, il n'est pas crédible, en particulier sur le plan psychiatrique, puisque, selon le Dr A_____, le diagnostic de simple dysthimie retenu par le psychiatre du SMR LEMAN est erroné.

    L'assurée fait valoir qu'il est aberrant de considérer que les autres atteintes à la santé dont elle souffre au surplus (insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, polyallergie avec phénomène d'asthe et crise anaphylactique, cervico-dorso lombalgies chroniques etc. n'ont aucune conséquence sur sa capacité de travail, même dans une activité adaptée, par ailleurs non envisagée par l'OCAI. Elle fait valoir qu'on voit mal comment elle pourrait continuer à exercer pleinement son métier de nettoyeuse, physiquement exigeant, alors qu'elle souffre de douleurs ostéo-articulaires.

    Elle relève que le SMR lui conseille d'épargner son rachis et retient quelques lignes plus loin que sa capacité de travail est totale dans son activité habituelle de nettoyeuse.

    Enfin elle ajoute que l'origine de ses allergies pouvant conduire à un choc anaphylactique n'est pas connu, de l'aveu même des spécialistes des "établissement hospitalier" et qu'on ne peut donc exiger d'elle qu'elle continue à exercer son métier de nettoyeuse alors même qu'il implique l'utilisation de nombreux produits allergènes.

    Elle demande qu'il soit procédé à des actes d'instruction complémentaire en particulier à une expertise médicale indépendante chargée d'évaluer les conséquences des atteintes à sa santé sur sa capacité de travail.

16. A l'appui de son recours, l'assurée a produit un courrier du Dr A_____ daté du 27 mars 2006.

Il relève que, selon les médecins du SMR eux-mêmes, "l'assurée laisse l'impression d'être en dehors du temps avec un désintérêt complet à l'égard de tout ce qui se passe autour d'elle", qu'elle "éprouve un désinvestissement total pour toute forme d'activité, se laissant aller à une lassitude permanente", qu'elle "reste figée à ruminer son passé de maltraitance" et que "l'image de soi est inexistante".

Le médecin ajoute que, selon ses propres observations, l'assurée présente une morosité face à l'avenir, une augmentation de la fatigabilité et de l'irritabilité, des idées de dévalorisation et d'inutilité, une diminution de la confiance en soi, une diminution du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et une thymie abaissée. Le médecin allègue que, selon la CIM-10, ces critères permettent de conclure à un épisode dépressif moyen et justifient à eux seuls une incapacité de travail de 100%. Il exprime son désaccord quant au diagnostic de dysthymie.

17. Invité à se prononcer, l'OCAI a conclu au rejet du recours par courrier du 15 mai 2006.

18. Quant à l'assurée, elle a maintenu sa position par courrier du 12 juin 2006.

19. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 11 janvier 2007 au cours de laquelle ont été entendus les Drs A_____ et D_____.

20. Le Dr A_____ a expliqué qu'il suit l'assurée depuis le mois de mars 2003 et que, depuis, son état de santé n'a guère évolué. Il a confirmé son diagnostic d'épisode dépressif moyen. Il a reconnu qu'il n'y avait effectivement pas d'épisode dépressif majeur, mais a ajouté qu'on ne pouvait non plus poser le diagnostic de simple dysthymie.

    Le Dr A_____ a indiqué qu'il rejoignait les conclusions du SMR quant au diagnostic de personnalité dépendante et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques.

    Il a exprimé l'avis que l'épisode dépressif moyen en lui-même justifierait déjà l'incapacité de travail et a fait remarquer que s'y ajoutaient d'autres diagnostics. Le Dr A_____ a allégué que le SMR, dans son évaluation, n'a pas suffisamment pris en compte cette accumulation. Il a admis que la patiente a une personnalité dépendante depuis toujours mais a relevé que cette dernière se traduit par un sentiment d'incompétence et un manque d'énergie qui, lorsqu'ils s'ajoutent à une dépression de degré moyen, ont un impact accru sur la capacité de travail.

    Le Dr A_____ a encore indiqué qu'à sa connaissance, sa patiente était très en retrait et s'appuyait beaucoup sur son mari.

Selon lui, elle ne peut travailler plus de deux heures par jour et encore, dans une structure très encadrée tel qu'un atelier. Le Dr A_____ a posé un pronostic pour l'avenir défavorable.

21. Le Dr D_____, généraliste et médecin traitant de la recourante depuis 1998, a confirmé que, sur le plan cardiaque, il y avait statu quo. Il a cependant souligné que sa patiente était atteinte d'une hypertension difficile à contrôler, et qu'il juge invalidante dans la mesure où elle s'ajoute à de l'asthme, des allergies et un excédent de poids. Cette accumulation se traduit par une dyspnée d'effort.

    S'agissant de l'allergie, le médecin a précisé qu'il s'agissait plutôt d'une prédisposition généralisée et que, dans cette mesure, il lui faut éviter d'être mise en contact avec tous les allergènes possible. Il a exprimé l'opinion qu'il vaudrait mieux éviter les produits de nettoyage notamment.

    Selon le médecin, compte tenu de l'ensemble de la problématique de la patiente, y compris psychologique, on ne peut exiger d'elle qu'elle travaille plus qu'à 20 ou 30%.

    Il a ajouté que, depuis longtemps, elle souffre également de rhumatismes au niveau des genoux et des cervicales, ce qui l'a amené à poser le diagnostic de polymyalgie. Le rhumatologue auquel il l'a adressée a quant à lui conclu à une fibromyalgie.

22. Suite à cette audience, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal de céans connaît en instance unique des contestations prévues par l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 20 mars 2006 à la lumière des nouvelles dispositions de la LPGA (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en

vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

4. a) Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre la recourante sont invalidantes et ouvrent, le cas échéant, droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

   b) Aux termes de l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également l'art. 8 LPGA).

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

   Dans un arrêt récent (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a considéré qu'il se justifiait, 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. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret.

   Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50).

   Le TFA a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 354 et 131 V 50), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en

matière de troubles somatoformes douloureux l'ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une 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, de 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) (cf. ATFA précité I 336/04, consid. 4.2.1 et 4.2.2). Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants précités - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in : Praxis 94/2005, p. 2007 ss.). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATFA précité I 336/04, consid. 4.3).

c) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale)

supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb et cc).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s’applique aussi bien en procédure administrative qu’en procédure de recours de droit administratif, l’administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

6. En l'occurrence, se trouvent au dossier, outre les rapports des médecins traitants, un rapport d'examen bidisciplinaire du SMR. Il convient de vérifier si ces différents rapports permettent de renverser la présomption selon laquelle la fibromyalgie dont

est atteinte l'assurée ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible.

En l'espèce, le psychiatre traitant conclut à l'exigibilité d'une activité adaptée à raison de 3 heures par jour au maximum, le médecin traitant estime que seule une activité à 20 ou 30% peut être exigée, et les médecins du SMR concluent à une capacité de travail entière, même dans l'activité de nettoyeuse exercée précédemment.

Il y a lieu avant tout de vérifier si la fibromyalgie de la recourante peut se voir reconnaître un caractère invalidant et pour ce faire, d'examiner en premier lieu la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée.

C'est sur ce point que les avis divergent le plus puisque le psychiatre traitant conclut à un épisode dépressif moyen alors que le médecin du SMR ne retient qu'une dysthymie. A cet égard, le Dr A_____ apparaît cependant convaincant dans la mesure où, ainsi qu'il le fait remarquer, le SMR a retenu, dans son analyse, un certain nombre de symptômes permettant de conclure à un épisode dépressif moyen et que le psychiatre traitant mentionne pour sa part un certain nombre de symptômes supplémentaires.

Quoi qu'il en soit, même si l'on admet, avec le médecin traitant, un épisode dépressif moyen, il n'est pas certain que celui-ci puisse constituer une comorbidité suffisante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la jurisprudence, lorsqu'un trouble dépressif accompagne un trouble somatoforme douloureux et qu'il apparaît comme une réaction à celui-ci, il ne constitue pas une affection autonome, distincte du syndrome douloureux psychogène, au sens d'une comorbidité psychiatrique manifeste d'une acuité et d'une durée importantes (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence à MEYER-BLASER, op. cit., p. 81 et la note 135).

Il faut donc nier l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisantes au sens de la jurisprudence pour reconnaître un caractère invalidant à la fibromyalgie de la recourante et ce, même si l'on retient l'avis de son psychiatre traitant.

Se pose dès lors la question de la réalisation éventuelle d'autres critères dont le cumul permet d'admettre le caractère invalidant de la fibromyalgie.

L'existence d'affections corporelles chroniques est établie puisque la recourante souffre également d'hypertension, difficile à maîtriser, d'insuffisance cardiaque et d'asthme, qui conduisent à des limitations objectives sur le plan somatique.

Il apparaît également - quoi qu'en dise les médecins du SMR - qu'elle subit une perte d'intégration sociale. Son psychiatre traitant décrit une diminution du plaisir

pour les activités de la vie quotidienne. Les médecins du SMR eux-mêmes ont relevé qu'elle donne "l'impression d'être en dehors du temps avec un désintérêt complet à l'égard de tout ce qui se passe autour d'elle" et "éprouve un désinvestissement total pour toute forme d'activité, se laissant aller à une lassitude permanente", qu'elle "reste figée à ruminer son passé de maltraitance" et que "l'image de soi est inexistante". De leur description de la vie quotidienne de l'assurée, il ressort qu'elle "erre dans la maison", se contente d'enlever la poussière, ne regarde pas la télévision, n'écoute pas la radio, passe son après-midi assise sur le canapé, "restant avec elle-même". Par ailleurs, on peut retenir que son état psychique est cristallisé puisqu'il n'évolue pas.

Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de reconnaître un caractère invalidant à la fibromyalgie dont est atteinte la recourante.

Cependant, le Tribunal de céans ne dispose pas en l'état, de suffisamment d'éléments pour évaluer la capacité résiduelle de travail de la recourante. Le rapport du SMR doit être écarté sur ce point car il n'apparaît pas convaincant. Il est en effet contradictoire de conseiller à la recourante d'épargner son rachis et de conclure ensuite que l'activité de nettoyeuse est parfaitement adaptée, d'autant que l'on sait qu'elle est prédisposée aux allergies et doit éviter la poussière.

Il conviendrait dès lors de se livrer à une observation professionnelle afin d'établir plus précisément quelles sont les activités professionnelles envisageables pour l'assurée et la capacité de travail exigible. Cette mesure permettra au surplus de déterminer dans quelle mesure des mesures professionnelles seraient nécessaires.

5. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est admis et la cause renvoyée à l'OCAI afin que ce dernier mette sur pied un stage d'observation professionnelle puis rende une nouvelle décision.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.

3. Annule les décisions des 8 août 2005 et 20 mars 2006.

4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 850 fr., à titre de dépens.

6. 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	La présidente
Janine BOFFI	Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le