



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1736/2005

ATAS/856/2005

ORDONNANCE D'EXPERTISE
DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES

6^{ème} Chambre

du 11 octobre 2005

En la cause

Madame R _____, domiciliée à Genève, représentée par
Maître Etienne SOLTERMANN

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis 97,
rue de Lyon, case postale 425, 1211 GENEVE 13

intimé

Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente.

EN FAIT

1. Madame R _____, ressortissante espagnole née en 1963, est arrivée en Suisse en 1984. Depuis 1994, elle a été employée en tant qu'aide-ménagère pour le compte de la Fédération des services d'aide et de soins à domicile.
2. Le 29 janvier 2002, elle a déposé une demande de rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) en raison d'une fibromyalgie.
3. Selon un certificat médical du Dr B _____, médecin-traitant, du 15 février 2002, la patiente était suivie depuis 1996 et avait connu de nombreuses incapacités de travail depuis le mois de septembre 1997. Elle était totalement incapable de travailler depuis le 21 novembre 2001. En 1997, la patiente avait été traitée pour des douleurs sacro-iliaques et des cervico-brachialgies. Cette symptomatologie avait récidivé en 1998. La même année, un état dépressivo-anxieux était apparu, accompagné de lombalgies importantes dès le mois de mai 1999. Depuis le mois de novembre 2000, elle présentait des douleurs diffuses, une fatigue intense avec des troubles du sommeil, de la concentration, des crampes, des fourmillements et des troubles de la sensibilité mal systématisés. Compte tenu de l'ensemble du tableau clinique, le Dr B _____ avait posé le diagnostic de fibromyalgie et mis en place un traitement médicamenteux. Depuis l'automne 2001, la fibromyalgie s'était aggravée. La patiente était également suivie par le Dr C _____, chirurgien, pour des douleurs au poignet droit. Plusieurs rapports médicaux étaient joints.

Ainsi, selon un certificat médical du 6 février 2001 de la Dresse D _____, neurologue, les résultats de l'examen électroneuromyographique ne montraient pas de signe d'atteinte nerveuse. La clinique était dominée par des douleurs diffuses fulgurantes dans le cadre de la fibromyalgie. L'examen mettait toutefois en évidence une hypoesthésie assez mal systématisée de l'hémicorps droit au toucher-piquer, avec toutefois une pallesthésie assez symétrique aux membres inférieurs, pour lesquels la Dresse D _____ n'avait pas d'explication. Le reste de l'examen n'apportait pas d'argument en faveur d'une atteinte centrale.

Selon un certificat du 26 avril 2001 du Dr B _____, la patiente était connue depuis plusieurs années pour des cervico-brachialgies récidivantes. Les différentes investigations, en particulier une IRM cervicale réalisée en 1998, étaient sans particularité.

Selon un rapport du 3 mai 2001 du Dr E _____, spécialiste en maladies rhumatismales à qui la patiente avait été adressée par le Dr B _____, celle-ci paraissait en bonne santé selon l'examen ostéo-articulaire, avec toutefois une sensibilité aux multiples points de fibromyalgie. Le Dr E _____ a posé le diagnostic de fibromyalgie, anémie ferriprive traitée récemment et status post-

infiltration d'un kyste dorsal du poignet droit. Il était assez confiant pour que la patiente reprenne progressivement son ancien rythme.

4. Par décision du 18 juin 2002, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée au motif qu'elle subissait une invalidité de longue durée donnant un éventuel droit à une rente au plus tôt dès le 10 septembre 2002, le délai de carence d'une année ayant commencé à courir le 10 septembre 2001. La décision précisait que si, à l'échéance du délai de carence, l'assurée présentait toujours une incapacité de travail et de gain ouvrant droit à une rente, il lui serait loisible de déposer une nouvelle demande par simple lettre.
5. Le 18 juillet 2002, l'assurée a recouru par-devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité à l'encontre de la décision précitée en relevant qu'elle était malade avant le 10 septembre 2001.
6. A l'issue de la procédure de recours, le Tribunal de céans, à qui la procédure avait été transmise le 1^{er} août 2003, a rejeté le recours par arrêt du 30 septembre 2003, considérant que l'état de santé de la recourante ne pouvait être considéré comme stable et que celle-ci ne pourrait faire valoir un éventuel droit à la rente qu'à partir du 10 septembre 2002.
7. Dans l'intervalle, le Dr B_____ avait indiqué à l'OCAI à sa demande dans un certificat médical du 25 septembre 2002 qu'il n'y avait pas de changement notable sur le plan médical. Seuls quelques changements avaient été effectués du point de vue thérapeutique. La patiente était toujours totalement incapable de travailler.
8. Sur demande de l'OCAI, l'assurée lui a indiqué par courrier du 4 avril 2003 qu'elle n'était pas suivie par un psychiatre. Les médecins qu'elle consultait n'avaient pas trouvé nécessaire qu'elle reçoive un soutien psychologique particulier.
9. Le 2 juillet 2004, le Service médical régional Léman (ci-après : SMR), a rendu un rapport d'examen clinique bidisciplinaire de l'assurée, réalisé par les Dr F_____, psychiatre, et G_____, spécialiste en médecine physique et rééducation. L'examen psychiatrique et la discussion du cas avaient été faits en présence du Dr H_____. A l'issue de l'examen, le SMR a posé les diagnostics suivants ayant une répercussion sur la capacité de travail : fibromyalgie (18 points sur 18) et trouble de la statique rachidienne avec hémisacralisation L5 droite et insuffisance posturale. L'examen de la médecine interne était sans particularité et les médecins se déclaraient frappés par la mauvaise concordance entre les limitations de la vie quotidienne, les douleurs terribles décrites et la facilité des mouvements. Il y avait donc plusieurs signes comportementaux parlant en faveur d'une amplification des symptômes. Le status somatique ne justifiait donc pas une incapacité de travail complète. Le problème de la statique rachidienne n'était pas grave et pourrait être compensé par une musculature du tronc bien

travaillée. On pouvait exiger de cette assurée un effort pour améliorer sa condition physique et en particulier sa musculature du tronc.

S'agissant de l'examen clinique psychiatrique, il n'avait pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de limitation fonctionnelle psychiatrique.

En particulier, le diagnostic d'état anxio-dépressif posé par le médecin traitant n'avait pas été retenu. Le status psychiatrique était dans les limites de la norme, de sorte que le SMR n'avait pas retenu de comorbidité psychiatrique à la pathologie somatique. L'assurée présentait donc une capacité de travail de 100 %. Les limitations fonctionnelles étaient liées à l'insuffisance posturale et donc réversibles. Il s'agissait d'éviter les stations prolongées debout et en flexion rotation, ainsi qu'en porte-à-faux, de même que le port de charges supérieur à 13-15 kg. Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle psychiatrique.

En conclusion, la capacité de travail était de 100 % dans toute activité sur le plan rhumatologique et psychiatrique.

10. Par décision du 14 octobre 2004, l'OCAI a rejeté la demande de rente de l'assurée. Les douleurs diffuses qu'elle décrivait pourraient disparaître en pratiquant régulièrement de la gymnastique posturale permettant de renforcer la musculature du tronc. Sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas lieu d'admettre non plus d'éléments de dépression majeure ou de troubles psychiques invalidants, au sens de la loi. Il demeurait une capacité entière de travail dans son activité habituelle et des mesures professionnelles s'avéraient sans objet.
11. Par courrier du 27 octobre 2004, l'assurée s'est opposée à cette décision et a demandé à ce qu'un délai lui soit accordé pour la motiver.
12. Dans son complément du 11 novembre 2004, elle a indiqué avoir essayé à plusieurs reprises de surmonter ses douleurs pour reprendre son travail au plus vite, mais que cela faisait maintenant plus de trois ans qu'elle ne pouvait plus travailler pour raisons de santé. Le médecin conseil de son employeur, le Dr L_____, avait également conclu que son état de santé n'était plus compatible avec l'exercice de son activité professionnelle d'aide-ménagère, laquelle demandait un investissement physique et psychique important. L'assurée indiquait aimer ce travail et c'était avec regret qu'elle avait dû s'arrêter. Actuellement, sa situation médicale ne faisait que se péjorer et les traitements étaient sans effet. Elle s'étonnait également du fait que l'OCAI lui reconnaisse des limitations fonctionnelles puis la déclare capable d'exercer à 100 % son activité habituelle. L'appréciation de la situation médicale faite par le SMR était subjective et ses conclusions partiellement motivées et contradictoires.

A ce complément était joint un courrier du Dr B _____ daté du même jour et adressé au médecin conseil de l'OCAI. Le Dr B _____ relevait qu'il ne pensait pas que cette patiente puisse reprendre un jour une activité professionnelle à 100 %. Par contre, elle serait disposée à suivre un reclassement professionnel dans le but de travailler à 50 % dans une activité de bureau, ainsi que cela était décrit dans l'expertise du 10 mai 2004.

13. Par décision sur opposition du 21 avril 2005, l'OCAI a confirmé sa décision initiale. La décision était basée sur l'expertise bidisciplinaire réalisée par le SMR, laquelle avait permis de déterminer que la capacité de travail de l'assurée était complète. Les limitations fonctionnelles physiques retenues étaient réversibles, alors qu'il n'en existait pas sur le plan psychiatrique.
14. Par acte du 23 mai 2005, l'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal de céans, concluant à ce qu'une nouvelle expertise psychiatrique soit effectuée et que son invalidité soit reconnue au vu des résultats de cette expertise. L'OCAI s'était fondé sur l'examen du SMR pour rendre sa décision, alors que depuis lors, la dimension psychiatrique de sa maladie s'était considérablement amplifiée. Celle-ci était désormais en traitement psychiatrique régulier depuis le mois de février 2005. Il s'avérait donc nécessaire de compléter l'examen médical du SMR du 10 mai 2004 par une expertise psychiatrique récente.

A ce recours était joint un certificat médical du 17 mai 2005 du Dr M _____, psychiatre, lequel indiquait que l'assurée suivait un traitement psychopharmacologique ainsi qu'une psychothérapie depuis le mois de février 2005. Un diagnostic d'épisode dépressif majeur d'intensité sévère avec aboulie, anhédonie, perte d'élan vital et idéation morbide. Au vu de cette atteinte, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique semblait justifiée.

15. Dans sa réponse du 20 juin 2005, l'OCAI a conclu au rejet du recours. L'état dépressif majeur diagnostiqué par le Dr M _____ n'était pas de nature à modifier l'appréciation de la capacité de la recourante. Cette affection ne saurait faire l'objet d'un diagnostic séparé dans les cas de troubles somatoformes douloureux. Cet état s'étant manifesté postérieurement aux douleurs dont se plaignait la recourante, force était de constater qu'il devait être considéré comme une manifestation réactive à la fibromyalgie, donc sans influence sur la capacité de travail. Pour le surplus, l'OCAI s'en tenait à la motivation figurant dans sa décision sur opposition.
16. Par courrier spontané du 30 juin 2005, la recourante a produit un rapport du 14 juin 2005 de l'Institut de Radiologie de la Colline concernant un IRM de son genou droit, lequel concluait à une chondromalacie rotulienne externe et bursopathie néoformée de la partie supéro-externe de l'espace graisseux sous rotulien de Hoffa évoquant les conséquences d'une instabilité rotulienne externe.

17. Le 11 juillet 2005, cette pièce a été transmise à l'intimée par le Tribunal de céans et la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA) relatives notamment à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après : LAI).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, 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). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1^{er} janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

Dans la mesure où l'assurée demande à se voir reconnaître une invalidité à compter du mois de septembre 2002, le présent litige sera examiné à la lumière des

dispositions de la LAI et du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (ci-après RAI) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.

Pour les mêmes motifs, les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852) ne sont pas non plus applicables.

4. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux, est recevable à la forme, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. L'art. 4 al. 1 LAI stipule que 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. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299). Ainsi, 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).
6. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, *Grundriss des Zivilprozessrechts*, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise (judiciaire) le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise

ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

En effet, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

7. 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).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique sous forme de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption

que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in: *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77).

8. En l'espèce, la recourante a été examinée par les médecins du SMR le 10 mai 2004, soit une psychiatre et un spécialiste en médecine physique et rééducation. Les experts du SMR ont posé un diagnostic de fibromyalgie, notamment en tenant compte de l'avis de la Dresse F _____, psychiatre.

Selon cette dernière, le status psychiatrique était dans les limites de la norme, de sorte que le SMR n'a pas retenu de comorbidité psychiatrique à la pathologie somatique. En particulier, la recourante ne souffrait pas d'un trouble dépressif pouvant être diagnostiqué comme tel, mais il existait tout de même des traits dépressifs discrets accompagnant la fibromyalgie.

Sur cette base, les experts ont conclu que l'assurée présentait une capacité de travail de 100 %. Il existait certaines limitations fonctionnelles, mais elles étaient liées à l'insuffisance posturale et donc réversibles. Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle psychiatrique et la capacité de travail était totale dans toute activité, tant sur le plan rhumatologique que psychiatrique

Au cours de la procédure de recours, la recourante a produit un certificat médical du Dr M _____, psychiatre, du 17 mai 2005. Selon ce certificat, la recourante présentait depuis février 2005 un trouble dépressif important. L'aggravation de son état de santé psychique depuis le début de l'année 2005 avait justifié le suivi d'un

traitement psychopharmacologique ainsi qu'une psychothérapie depuis le mois de février 2005, soit antérieurement à la décision sur opposition de l'OCAI du 21 avril 2005. Le Dr M_____ a posé le diagnostic d'épisode dépressif majeur d'intensité sévère avec aboulie, anhédonie, perte d'élan vital et idéation morbide.

Lors de leur examen, effectué au printemps 2004, les médecins du SMR n'ont pas pu avoir connaissance de ces faits, qui ne sont apparus que plus tard. L'OCAI, se fondant exclusivement sur le rapport du SMR pour rendre ses décisions, n'a pas non plus pris la juste mesure de ces diagnostics, ce que l'on constate à la lecture de sa détermination sur le rapport du Dr M_____. En effet, après avoir pris connaissance dudit rapport, l'office a conclu qu'il n'était pas de nature à modifier son appréciation de la capacité de la recourante. Selon lui, un état dépressif ne saurait faire l'objet d'un diagnostic séparé dans les cas de troubles somatoformes douloureux. Cet état s'étant manifesté postérieurement aux douleurs dont se plaignait la recourante, force était de constater qu'il devait être considéré comme une manifestation réactive à la fibromyalgie, donc sans influence sur la capacité de travail.

Il apparaît que l'OCAI est parvenu à ces conclusions trop hâtivement. En effet, une affection psychiatrique, pour autant qu'elle soit d'une certaine gravité, peut faire l'objet d'un diagnostic séparé et, cas échéant, provoquer une incapacité de travail de manière indépendante. Ainsi, un état dépressif d'intensité sévère peut remplir de telles conditions. Par ailleurs, des troubles dépressifs récurrents peuvent constituer une comorbidité psychiatrique au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA non publié du 30 novembre 2004 en la cause I 630/03). En effet, selon la jurisprudence, la reconnaissance d'un état dépressif majeur constitue par rapport au trouble somatoforme douloureux une comorbidité psychiatrique d'une certaine gravité (ATFA non publié du 2 mai 2003 en la cause I 521/02).

L'OCAI ne s'est pas prononcé sur cette question, qui n'a pas non plus été soumise aux médecins du SMR. Or, dans un tel cas, outre le fait de connaître la durée et l'intensité de l'état dépressif en cause, il est décisif de savoir si et dans quelle mesure, l'assurée peut, malgré son affection psychique, mettre à profit sa capacité de travail et de gain en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'elle.

De son côté, le Dr M_____ a rédigé un rapport relativement succinct, ne se prononçant pas non plus de manière suffisamment explicite notamment sur la question des conséquences de l'état dépressif sévère sur la capacité de travail de sa patiente.

Dans ces circonstances, en l'absence d'une appréciation psychiatrique complète et convaincante, un complément d'instruction s'impose afin de déterminer si la capacité résiduelle de travail de la recourante est en outre diminuée par une telle

atteinte et à partir de quand. A défaut d'informations sur ces points, il n'est pas possible de se prononcer sur son degré d'invalidité et donc sur son éventuel droit à une rente de l'assurance-invalidité, de sorte qu' il se justifie de procéder à une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise psychiatrique. A cette occasion, outre les aspects psychiques en tant que tels, le caractère éventuellement invalidant de la fibromyalgie devra être examiné à la lumière des critères développés par la jurisprudence.

9. Cette expertise sera confiée au Dr. N_____, Médecin au service de psychiatrie adulte à Chêne-Bourg.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr N_____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - b. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité Madame R_____.
 - c. Examiner Madame R_____.
 - d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
 - e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 - f. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre Madame R_____ d'un point de vue psychiatrique ?
 - g. En cas de trouble psychique, quel est le degré de gravité de celui-ci (faible, moyen, grave) ? Depuis quelle date est-il présent ? Quel traitement est-il indiqué ? Madame R_____ suit-elle un traitement adéquat ? Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ?
 - h. Confirmez-vous le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie ? Si oui :
 - Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? Si oui, de quelle importance ? Si oui ce trouble psychique, a-t-il valeur de maladie en tant que telle ou doit-il

être considéré uniquement comme une manifestation réactive au trouble somatoforme douloureux ou à la fibromyalgie ?

- Existe-t-il des affections corporelles chroniques ?
 - Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ?
 - Madame R_____ subit-elle une perte d'intégration sociale et, cas échéant, dans quelle mesure et de quelle manière ?
 - L'état psychique est-il cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) ?
 - Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conforme aux règles de l'art ?
 - Peut-on exiger de Madame R_____ qu'elle mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail ?
 - En d'autres termes, dispose-t-elle, et si oui, dans quelle mesure, de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs aux fins d'exercer une activité lucrative ?
- i. Compte tenu de votre diagnostic, l'assurée pourrait-elle exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle, à quel taux et depuis quelle date ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?
 - j. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
 - k. Au vu du dossier, vos réponses aux questions susmentionnées seraient-elles identiques à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 21 avril 2005 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ?
 - l. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
3. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.
 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 10 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision

attaquée ; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision ; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :

Nancy BISIN

La Présidente

Valérie MONTANI

Le secrétaire-juriste :

Marius HAEMMIG

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