REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1736/2005 **ATAS/631/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 10 juillet 2006

En la cause

Madame R_____, domiciliée à LA CROIX-DE-ROZON, comparant avec élection de domicile par Maître Etienne SOLTERMANN	recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, à GENEVE	intimé

Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente, Mesdames Juliana BALDE et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Madame R_____, ressortissante espagnole née en 1963, est arrivée en Suisse en 1984. Depuis janvier 1994, elle a travaillé 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 du Dr A_____, médecin traitant interniste, 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 présentait une incapacité totale de travail 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, la patiente 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 A_____ 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 B_____, chirurgien, pour des douleurs au poignet droit. Le Dr A_____ a joint à son attestation plusieurs rapports médicaux.

   Ainsi, selon un certificat du 6 février 2001 de la Dresse C_____, 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 une pallesthésie assez symétrique aux membres inférieurs, pour lesquels la Dresse C_____ 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 A_____, 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 D_____, spécialiste en maladies rhumatismales, l'assurée paraissait en bonne santé selon l'examen ostéo-articulaire, avec toutefois une sensibilité aux multiples points de fibromyalgie. Le Dr D_____ a posé le diagnostic de fibromyalgie, d'anémie ferriprive traitée

récemment et de 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. L'assurée subissait une invalidité de longue durée ouvrant 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. 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.

5. Par courrier du 18 juillet 2002, l'assurée a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité, alors compétente, 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 1er août 2003, a rejeté le recours par arrêt du 30 septembre 2003, estimant 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 A_____ avait indiqué à l'OCAI dans un certificat du 25 septembre 2002 qu'il n'y avait pas de changement notable sur le plan médical. La patiente présentait toujours une incapacité totale de travail.

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 jugé nécessaire qu'elle reçoive un soutien psychologique particulier.

9. En date du 10 mai 2004, l'assurée a été soumise à une expertise bidisciplinaire effectuée par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR). Dans leur rapport du 2 juillet 2004, les Drs F_____, psychiatre, et IMHOF, spécialiste en médecine physique et rééducation, ont 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 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 l'expertisée 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 entière. 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 supérieures à 13-15 kg. Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle psychiatrique.

En conclusion, la capacité de travail était entière 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 en faveur d'une 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 d'opposition du 11 novembre 2004, elle a indiqué avoir essayé à plusieurs reprises de surmonter ses douleurs pour reprendre son travail au plus vite, mais 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 G_____, 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 de se péjorer et les traitements étaient sans effet. Enfin, elle estimait l'appréciation du SMR subjective et ses conclusions peu motivées et contradictoires.

A ces écritures était joint un courrier du Dr A_____ daté du même jour et adressé au médecin-conseil de l'OCAI. Le Dr A_____ relevait qu'il ne pensait pas que la 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.

13. Par décision sur opposition du 21 avril 2005, l'OCAI a confirmé sa décision initiale, se référant à l'expertise bidisciplinaire réalisée par le SMR, laquelle avait démontré 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 à ce que son invalidité soit reconnue sur le 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 du SMR par une expertise psychiatrique récente.

    A ce recours était joint un certificat du 17 mai 2005 du Dr H_____, psychiatre, lequel indiquait que l'assurée suivait un traitement psychopharmacologique ainsi qu'une psychothérapie depuis le mois de février 2005 et qu'elle présentait un 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 H_____ 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 le cas de troubles somatoformes douloureux. En effet, 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 est tenu 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 à une 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 Tribunal de céans a décidé d'investigué l'état psychique de la recourante et d'ordonner une expertise qui serait confiée au Dr I_____, psychiatre au Département de psychiatrie des "établissement hospitalier". Par courriers du 13 septembre 2005, il a informé les parties du nom de l'expert et des questions qu'il souhaitait lui poser, leur offrant la possibilité de se prononcer sur une éventuelle

cause de récusation de l'expert et sur les questions libellées dans la mission d'expertise.

18. Par courrier du 16 septembre 2005, l'OCAI a informé le Tribunal de céans qu'il n'avait pas de motif de récusation à faire valoir quant au choix de l'expert et aucune remarque à présenter. La recourante ne s'est quant à elle pas prononcée.

19. Par ordonnance d'expertise du 11 octobre 2005 (ATAS/856/2005), le Tribunal de céans a confié une mission d'expertise au Dr I_____.

20. Le Dr I_____ a rencontré l'expertisée en date des 13 et 20 février et 1er mars 2006. Dans son rapport d'expertise du 16 mars 2006, l'expert a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant ainsi qu'un épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (chronique). Répondant aux questions posées par le Tribunal de céans, l'expert a notamment relevé ce qui suit :

    Le trouble somatoforme était d'un degré de gravité sévère; il avait débuté en 1997 et s'était progressivement aggravé, au point d'obliger l'expertisée à renoncer définitivement à son emploi en juin 2001. Les traitements qui pouvaient se révéler efficaces dans cette indication avaient été mis en œuvre (traitements médicamenteux divers et traitements physiques : massages, physiothérapie, etc.), mais ils n'avaient pas permis d'obtenir plus qu'un soulagement transitoire de la symptomatologie douloureuse. L'expertisée souffrait également d'un trouble dépressif majeur, chronique, d'un degré de sévérité moyen, qui était traité de manière adéquate. Il existait une comorbidité psychiatrique, sous forme d'état dépressif chronique, d'un degré de sévérité moyen. La dépression avait valeur de maladie, car elle dépassait en intensité le trouble qu'il était habituel de rencontrer en réaction à l'existence d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux. Il n'y avait pas d'affection corporelle chronique, s'il fallait entendre un processus organique dûment caractérisé et identifié. Le trouble douloureux somatoforme pouvait être considéré comme un processus maladif s'étendant sur plusieurs années et qui non seulement n'avait connu aucune rémission, mais tendait au contraire à s'aggraver au fil des années. L'expertisée subissait les répercussions sociales de son trouble douloureux chronique et de sa dépression. Elle avait réduit considérablement le cercle de ses fréquentations amicales et, en dehors de son mari et de sa fille, elle ne voyait qu'une amie. Comme l'intensité de la douleur et des autres manifestations symptomatiques (par exemple digestives) n'étaient guère prévisibles, elle déclinait toute invitation pour aller en ville ou faire une courte ballade. Parfois elle ne répondait même pas au téléphone. Toutefois, cette situation correspondait à un repli imposé par l'état physique et psychique et non à un état de désinsertion sociale. On pouvait qualifier l'état psychique de cristallisé, mais la notion de fuite dans la maladie était dans le cas présent inappropriée. Les traitements ambulatoires conformes aux règles de l'art avaient échoué. L'expertisée

avait mis en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et tenter de conserver un travail auquel elle tenait beaucoup et qu'elle souffrait d'avoir perdu.

Aujourd'hui, la réintégration dans le monde du travail paraissait hors de portée de sa volonté, en raison de l'aggravation, depuis le début de l'année 2005, de la symptomatologie dépressive, qui correspondait actuellement aux critères diagnostiques de la dépression majeure. Les différentes perturbations liées au syndrome somatoforme et à l'état dépressif (altération de l'humeur, fatigue, aboulie, troubles de la concentration) privaient actuellement l'expertisée des ressources psychiques nécessaires pour lutter contre la douleur chronique et exercer une activité lucrative. Dans son état clinique actuel, l'assurée n'aurait pas pu exercer d'activité lucrative. Compte tenu de l'évolution récente, le pronostic était défavorable. Des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables pour les raisons susmentionnées.

Selon les documents mis à disposition, la décision sur opposition du 21 avril 2005 confirmait une décision de refus de rente rendue par l'OCAI le 14 octobre 2004, laquelle se basait sur un examen clinique bidisciplinaire effectué, il y a plus d'un an et demi, le 10 mai 2004. Le status psychiatrique qui était décrit ne correspondait pas à ce que l'expert avait constaté. Il apparaissait en particulier que la symptomatologie dépressive s'était aggravée depuis cette date. C'était en février 2005 que l'expertisée s'était sentie "plonger moralement" et qu'elle s'était adressée à un psychiatre, le Dr H_____. Celui-ci avait alors posé le diagnostic d'épisode dépressif majeur d'intensité sévère et le 17 mai 2005, il écrivait que l'état clinique restait précaire. Lors d'un téléphone, il avait confirmé à l'expert cette appréciation. En mars 2006, le Dr I_____ estimait que l'état dépressif était toujours présent, d'un degré de sévérité qu'il considérait comme moyen. Ces faits l'amenaient à penser qu'il n'aurait peut-être pas retenu en mai 2004 le diagnostic de dépression majeure, diagnostic qu'il ne posait dans le cadre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant que lorsque la symptomatologie clinique dépassait nettement, de par sa nature et/ou son intensité, ce qu'il était habituel de rencontrer dans de tels troubles. Aussi, une activité légère, qui dans le courant de l'année 2004 était peut-être à la portée de l'expertisée, ne lui paraissait pas exigible aujourd'hui. A cet égard, l'évolution du trouble clinique serait déterminante.

Ainsi, il y avait une limitation liée aux troubles psychiatriques en tant que tels, même si ces derniers étaient consécutifs à la présence d'un syndrome douloureux chronique et au bouleversement psychique qu'il avait entraîné dans le cas présent. La passation d'un auto-questionnaire destiné à évaluer la structure de la personnalité de l'expertisée n'avait apporté aucun argument en faveur d'un diagnostic de trouble de la personnalité. Enfin, l'expert ne partageait pas l'appréciation des médecins experts du SMR Léman qui écrivaient que l'assurée était "dans le contact…démonstrative, théâtrale et manipulatrice". Elle ne s'était pas montrée sous un tel jour au cours des entretiens. A cet égard, il paraissait d'ailleurs contradictoire

que ces experts, après avoir fait usage de tels qualificatifs, ne retiennent que "quelques traits histrioniques discrets".

21. Dans ses conclusions sur expertise du 12 avril 2006, la recourante a relevé que selon cet expert elle n'avait pas tendance à exagérer l'expression de sa douleur, ni le récit de ses souffrances que l'expert reconnaissait comme réelles. Ce dernier avait conclu qu'elle ne possédait pas de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs aux fins d'exercer une activité lucrative et qu'ainsi, au vu des conclusions de l'expertise judiciaire, le Tribunal de céans devait lui reconnaître une invalidité totale, en raison de son incapacité totale de gain.

22. Dans ses écritures après enquêtes du 27 avril 2006, l'OCAI a informé le Tribunal de céans qu'il avait soumis le rapport d'expertise au service du SMR. La Dresse F_____, psychiatre, s'était prononcée dans un avis du 19 avril 2006, auquel l'intimé se référait. Selon cette attestation, ce médecin avait relevé que la prise en charge psychiatrique ambulatoire par un psychiatre privé avait débuté une année après l'examen clinique bidisciplinaire effectué par le SMR, et suite à la décision de refus de rente du 14 octobre 2004. Ainsi, dans ce contexte difficile de conflit assécurologique, l'assurée avait développé une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle; cependant, le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique retenu par l'expert ne constituait pas une maladie psychiatrique chronique et invalidante. En l'occurrence, la recourante ne présentait pas de comorbidité psychiatrique manifeste, de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie - la vie quotidienne ayant été décrite sommairement et en se basant sur les plaintes de l'assurée -, ni d'état psychique cristallisé ou de profit primaire tiré de la maladie. En conclusion, l'assurée avait développé une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle mais qui, selon les critères de l'assurance-invalidité, ne représentait pas une maladie psychiatrique chronique et invalidante.

23. Sur ce, les différents courriers ont été transmis aux parties et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er 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 3 juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. 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 21 avril 2005 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (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).

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

5. 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).

   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 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. En outre, dans un arrêt récent (ATFA non publié du 8 février 2006, I 336/04, prévu pour la publication dans le Recueil officiel), 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).

Au nombre des critères dégagés par jurisprudence permettant de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan 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 traitements), 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. En outre, il est admis que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (cf. notamment ATFA non publié du 28 juin 2005, I 524/04).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 et les références citées).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, au demeurant largement stabilisés, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le TFA, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine et les références citées).

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).

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 le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise 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).

6. En l'occurrence, se trouvent au dossier différents certificats du médecin traitant et des médecins spécialistes consultés, une expertise bidisciplinaire du SMR du 2 juillet 2004 ainsi qu'une expertise psychiatrique du 16 mars 2006.

   Tous les médecins sont d'avis que la recourante ne présente pas de substrat organique marqué à sa fibromyalgie, si ce n'est un problème de la statique rachidienne qui peut être compensé par une musculature du tronc bien travaillée. En outre, en avril 2003, l'assurée indique à l'OCAI qu'elle n'est pas suivie par un psychiatre, ses médecins n'ayant pas jugé nécessaire qu'elle reçoive un soutien psychologique particulier. En mai 2004, la recourante est soumise à une expertise bidisciplinaire effectuée par le SMR. S'agissant de l'examen pratiqué par la Dresse F_____, psychiatre, il convient de relever, que selon le Dr I_____, expert psychiatre judiciaire, son rapport contient des contradictions. En effet, si l'expertisée s'était montrée démonstrative, théâtrale et manipulatrice, comme le relève la Dresse F_____, ce comportement aurait constitué un

trouble de la personnalité, plus marqué que "quelques traits histrioniques discrets". Dès lors, le Tribunal de céans ne s'appuiera pas sur la partie psychiatrique de l'expertise du SMR, qui ne saurait avoir pleine valeur probante au vu des remarques convaincantes de l'expert judiciaire. En février 2006, la recourante est soumise à une nouvelle expertise psychiatrique conduite par le Dr I_____. Il convient de relever ici que cette expertise remplit quant à elle toutes les conditions requises par la jurisprudence pour lui conférer pleine valeur probante; ses conclusions seront analysées ci-après.

Il ressort du dossier que lors d'une première période, qui s'étend du dépôt de la demande à février 2005, la recourante ne présente pas de trouble psychiatrique. En effet, selon ses dires même à l'OCAI et au Dr I_____, elle n'a pas ressenti le besoin de consulter un psychiatre avant février 2005, époque à laquelle elle s'est sentie "plongée moralement"; c'est alors seulement qu'elle consulte un psychiatre, le Dr H_____, qui diagnostique en février 2005 un épisode dépressif majeur d'intensité sévère.

Pour la période postérieure à février 2005, il convient de se référer à l'expertise du Dr I_____, laquelle a pleine valeur probante. Celui-ci diagnostique un état dépressif chronique d'un degré de sévérité moyen. Selon lui, il existe donc une comorbidité psychiatrique et la dépression de l'expertisée a valeur de maladie, car elle dépasse en intensité le trouble qu'il est habituel de rencontrer en réaction à l'existence d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux. Il n'y a pas d'affection corporelle chronique s'il faut entendre un processus organique dûment caractérisé et identifié. Par contre, le trouble somatoforme douloureux peut être considéré comme un processus maladif s'étendant sur plusieurs années et qui non seulement n'a connu aucune rémission mais tend au contraire à s'aggraver. La recourante subit les répercussions sociales de son trouble douloureux chronique et de sa dépression, puisqu'elle a dû réduire le cercle de ses fréquentations amicales. Cependant, sa vie de couple ne présente pas de problème particulier, elle s'occupe en outre de sa fille et voit une amie. Cette situation correspond à un repli imposé par l'état physique et psychique et non à un état de désinsertion sociale. Selon l'expert, on peut qualifier l'état psychique de cristallisé, mais la notion de fuite dans la maladie est inappropriée. Les traitements ambulatoires conformes aux règles de l'art ont échoué et la réintégration dans le monde du travail paraît hors de portée de la volonté de l'expertisée en raison de l'aggravation depuis le début de l'année 2005 de la symptomatologie dépressive.

Bien que cette expertise ait pleine valeur probante, il convient de suivre la jurisprudence du TFA relative à l'examen du caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail de l'assuré souffrant d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une fibromyalgie, jurisprudence qui doit être considérée comme très restrictive. En effet, selon le TFA, un trouble dépressif récurrent de degré moyen ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité

psychiatrique, puisque les états dépressifs constituent des manifestations réactives d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux qui ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (cf. ATFA non publié du 2 mars 2005, I 690/04; ATFA non publié du 28 juin 2005, I 524/04 ; ATFA non publié du 13 juillet 2005, I 626/04 ; ATFA non publié du 16 août 2005, I 539/04 ; ATFA non publié du 19 août 2005, I 510/04 et I 523/04 ; ATFA non publié du 12 septembre 2005, I 497/04). En l'absence d'une comorbidité psychiatrique et des autres critères permettant de juger du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux, le TFA s'est régulièrement distancé des expertises médicales - ayant pleine valeur probante -, même si l'expert avait estimé que l'expertisé présentait une incapacité totale ou partielle de travail (cf. les arrêts cités ci-dessus).

En l'espèce, se pose dès lors et en l'absence de comorbidité psychiatrique la question de la présence éventuelle d'autres critères dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant de la fibromyalgie. A cet égard, il convient de préciser, qu'en l'absence de comorbidité psychiatrique et qu'en présence d'un assuré jeune, tel la recourante, la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoforme douloureux ne doit être admise qu'exceptionnellement, selon la jurisprudence du TFA.

A l'examen de l'expertise du Dr I_____, il n'y a pas d'affection corporelle chronique, mais le trouble somatoforme douloureux peut être considéré comme un processus maladif s'étendant sur plusieurs années. En revanche, compte tenu du jeune âge de la recourante, de sa capacité à assumer quelques tâches quotidiennes en particulier la tenue des tâches ménagères légères, ainsi que l'éducation de sa fille, force est de constater qu'elle n'a pas épuisé toutes ses ressources adaptatives et qu'elle ne subit pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. De surcroît, il convient de relever que sa vie de couple est harmonieuse, la recourante n'évoquant pas de conflits conjugaux et qu'elle continue à voir une amie. Contrairement à l'évaluation du Dr I_____, en tant qu'elle bénéficie d'une médication anti-dépressive et d'une psychothérapie régulière, il n'y a pas lieu de conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé (cf. ATFA non publié du 28 juin 2005, I 524/04). On ne saurait d'avantage conclure à l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art sans évolution possible au plan thérapeutique, puisque la recourante présentait en février 2005 un état dépressif chronique d'un degré de sévérité sévère, selon son psychiatre traitant, et qu'en juillet 2005, ce trouble est de degré moyen, selon l'expert psychiatre.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, et en dépit du caractère chronique des douleurs de l'assurée, dont on ne saurait contester l'existence, l'on doit en revanche nier, d'un point de vue juridique, le caractère invalidant de sa fibromyalgie. Partant, la recourante ne saurait prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité.

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. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 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 :	La Présidente
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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