

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1747/2004

ATAS/149/2005

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

1^{ère} chambre

du 15 février 2005

En la cause

Madame O _____, mais comparant par
Me Corinne NERFIN, avocate en l'Etude de laquelle elle élit domicile.

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Isabelle DUBOIS et Maya CRAMER, Juges

EN FAIT

1. Madame O _____, ressortissante portugaise née en 1966, est arrivée en Suisse en 1986.
2. Après avoir travaillé pour divers employeurs, elle a été engagée dès le 1^{er} octobre 1997 en tant que femme de ménage par l'établissement médico-social La Petite Boissière. En raison de douleurs, l'assurée a cessé toute activité dès le 10 mars 2000.
3. Le 25 mai 2000, le Dr A _____, médecin traitant, a informé LA CAISSE VAUDOISE, assureur maladie perte de gain de l'employeur de l'assurée, que sa patiente souffrait d'omalgies à droite depuis le début de l'année 2000. Il existait une perforation du tendon du sus-épineux droit et une arthrose acromio-claviculaire droite, ainsi que des troubles statiques de la colonne cervicale. L'état était stationnaire et la patiente suivait un traitement médicamenteux. L'incapacité de travail était de 100 % et la patiente devait éviter de porter des objets lourds. Le pronostic quant à la reprise du travail n'était pas très favorable.
4. Le 25 juin 2000, le Dr B _____, neurologue, a indiqué au Dr A _____ que l'anamnèse de sa patiente était incohérente, dans la mesure où elle ne suggérait pas clairement les plaintes compatibles avec une atteinte nerveuse tronculaire ou radiculaire. En faisant abstraction d'une participation insuffisante, l'examen neurologique était normal. Tout au plus pouvait-il être retenu une douleur épicondylienne externe droite, ce qui démontrait une inauthenticité des plaintes. Le cas de cette patiente semblait entrer dans une problématique plus large, pour laquelle le médecin n'avait pas de repères précis.
5. A la demande de LA CAISSE VAUDOISE, le Dr C _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a rendu une expertise de l'assurée. Sur le plan anatomique, le seul diagnostic retenu dans le domaine de l'appareil locomoteur périphérique était celui d'une atteinte dégénérative modérée du tendon sus-épineux à droite. Cette atteinte expliquait une certaine symptomatologie douloureuse et notamment l'apparition de douleurs lors de mouvements répétitifs. Toutefois, ce seul diagnostic ne permettait pas d'expliquer la symptomatologie, dont l'appréciation dépassait le cadre de la chirurgie orthopédique. Il semblait que l'on doive évoquer un état dépressif, ainsi qu'un syndrome fibromyalgique. La capacité de travail était nulle dans le métier de femme de ménage. Il n'existait pas d'activité adaptée pouvant être proposée immédiatement et le pronostic pour une reprise du travail n'était pas bon.
6. Le 19 mars 2001, l'assurée 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 en raison de douleurs à l'épaule droite et au dos ainsi que d'une dépression.

7. Dans un rapport du 26 mars 2001, le Dr A_____ a diagnostiqué une arthrose acromio-claviculaire droite (omalgies), une fibromyalgie (rachialgies) et un état dépressif anxieux. Sa patiente était totalement incapable de travailler depuis le mois d'avril 2000 et son état de santé allait s'aggravant. Le pronostic était peu encourageant, dans la mesure où l'assurée ne pouvait exercer qu'un métier manuel, ce qui entraînait des douleurs dorso-lombaires. Pour cette raison, plus aucune activité ne pouvait être exercée par la patiente.
8. Le 15 avril 2002, le Dr A_____ a indiqué à l'OCAI que l'état de santé de sa patiente s'était péjoré en raison de l'aggravation de l'état dépressif anxieux et de l'apparition d'anémie ferriprive.
9. A la demande de l'OCAI, le Service médical régional Léman (ci-après : SMR) a procédé à un examen clinique bidisciplinaire le 4 mars 2003. L'anamnèse somatique montrait un début de l'affection en 1993. Des douleurs lombaires étaient apparues à partir de 1995 et les douleurs à l'épaule dès 1999, avant de s'accroître et de s'étendre à l'ensemble du corps. En 2001 et 2002, l'assurée avait vu deux psychiatres différents à quelques reprises, mais qui ne l'avaient pas aidée. Actuellement elle bénéficiait d'un traitement médicamenteux antidépresseur auprès de son médecin traitant. Les médecins du SMR ont fait état de troubles de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive, actuellement en rémission complète (F43.22) et fibromyalgie. Selon le SMR, l'assurée était très démonstrative et séductrice, exagérant de façon disproportionnée, inauthentique et peu convaincante ses plaintes somatiques. L'entité de fibromyalgie n'en restait pas moins discutable pour des plaintes douloureuses sans base organique et pour l'absence de substrat probant quant à la pathogenèse du tableau clinique. L'examen clinique psychiatrique n'avait pas montré de maladie psychiatrique, de trouble de la personnalité morbide, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques qui puissent justifier, du point de vue médico-juridique, une quelconque incapacité de travail. L'état anxio-dépressif réactionnel, diagnostiqué par le médecin traitant, n'avait pas nécessité une prise en charge psychiatrique ambulatoire, ni hospitalière, et était actuellement en rémission complète. L'examen psychiatrique comportait tous les éléments d'un examen psychiatrique clinique habituel et n'avait pas permis de mettre en évidence une relation de causalité entre les constatations cliniques objectives et l'incapacité de travail attestée par le médecin traitant. Le SMR était surpris par l'allégation d'intenses douleurs, dont le descriptif était plutôt vague. L'assurée ne présentait pas de limitations fonctionnelles psychiatriques et la capacité de travail exigible de ce point de vue était de 100 %.
10. Dans un rapport du 25 novembre 2003, le Dr D_____, rhumatologue, a indiqué que l'assurée souffrait de fibromyalgie et d'un état dépressif réactionnel depuis l'année 2000. Il avait examiné l'assurée en février et mars 2001 et a joint à son rapport un courrier du 7 mars 2001 qu'il avait fait parvenir au Dr A_____. Le bilan clinique biologique et radiologique pratiqué chez la

patiente n'apportait pas d'argument en faveur d'une pathologie rhumatismale inflammatoire. Par contre tous les critères étaient réunis pour poser le diagnostic de fibromyalgie. Par rapport à la situation de la patiente, la symptomatologie douloureuse ne risquait guère de se modifier si le problème de base (à savoir le conflit de couple) ne trouvait pas d'issue. Il était donc important que la patiente consulte rapidement un psychiatre et qu'elle puisse bénéficier éventuellement d'un conseil juridique. Un suivi spécifique par le rhumatologue n'était pas nécessaire.

11. Le 22 décembre 2003, le Dr E _____, qui avait vu la patiente à une seule reprise en décembre 2002 à la demande du Dr A _____, a rempli un rapport à la demande de l'OCAI. Il a diagnostiqué une fibromyalgie ainsi que des troubles statiques et fonctionnels du rachis. Lors de la consultation, la patiente était déjà sous traitement médicamenteux et avait rencontré deux psychiatres sans beaucoup de succès.
12. Le 5 avril 2004, le SMR s'est prononcé sur le cas, compte tenu des nouveaux rapport médicaux. L'assuré souffrait d'une fibromyalgie « floride », sans comorbidité psychiatrique, qui ne justifiait pas d'incapacité de travail. La tendinite de l'épaule de l'année 2000 ne justifiait pas non plus d'incapacité de travail prolongée.
13. Par décision du 20 avril 2004, l'OCAI a rejeté la demande de rente de l'assurée, pour le motif que la fibromyalgie dont elle souffrait ne s'accompagnait pas d'une comorbidité psychiatrique. Elle ne remplissait donc pas les conditions permettant de reconnaître son atteinte à la santé comme ayant valeur d'invalidité.
14. Le 18 mai 2004, l'assurée s'est opposé à cette décision et a conclu à ce qu'une nouvelle instruction médicale soit effectuée pour constater que la fibromyalgie s'accompagnait d'une comorbidité psychiatrique et qu'une rente d'invalidité à 100 % lui soit accordée. La décision de l'OCAI se fondait sur des renseignements médicaux incomplets. Il ressortait très clairement des rapports médicaux produits que l'état dépressif dont elle souffrait depuis plus de 10 ans ainsi que sa fibromyalgie accompagnée d'une comorbidité psychiatrique était une atteinte à la santé qui la rendait invalide à 100 %.

A l'appui de son opposition, l'assurée a produit un rapport du Dr A _____ du 10 mai 2004, qui résumait la situation médicale. Depuis dix ans, la patiente se plaignait de ses épaules et de son dos, et elle avait montré parallèlement des signes d'un état dépressif pour lequel elle était régulièrement traitée. Son état était inchangé et allait plutôt en s'aggravant. L'habitus dépressif était évident, il s'agissait d'une affection pénible, maladie à part entière qui handicapait réellement la patiente et pour laquelle elle continuait à prendre quotidiennement de la Fluctine.

Un second rapport du 11 mai 2004, du Dr F _____, chirurgien orthopédique, était produit par l'assurée. Le médecin indiquait qu'elle se plaignait toujours de

douleurs diffuses intéressant à la fois la nuque, les épaules et les deux membres supérieurs, toujours en relation avec sa fibromyalgie. Les ultrasons des épaules n'avaient pas montré de lésions franches des tendons, mais tout au plus des signes d'inflammation. Ces plaintes l'empêchaient de poursuivre son activité professionnelle et cela probablement de manière définitive. De plus, elle présentait un état dépressif pour lequel elle était suivie par son médecin traitant et elle aurait déjà consulté un ou deux psychiatres. Il semblait important en raison de la décision de l'OCAI d'obtenir des attestations de la part du médecin traitant et des psychiatres consultés affirmant clairement la pathologie psychiatrique associée.

15. Par décision du 25 juin 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 20 avril 2004. Les troubles somatoformes douloureux – ou fibromyalgie - entraient dans la catégorie des affections psychiques, nécessitant en principe une expertise psychiatrique. La tâche de l'expert consistait à poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et de se prononcer sur le degré de gravité de l'affection. L'expert devait évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assuré d'une activité lucrative et son pronostic devait tenir compte d'un certain nombre de critères. Le trouble somatoforme douloureux devait revêtir un minimum de gravité pour pouvoir être considéré comme invalidant. Le SMR n'avait pas retenu d'atteinte significative, puisqu'il avait diagnostiqué une fibromyalgie, des troubles de l'adaptation et une réaction mixte anxieuse et dépressive, actuellement en rémission complète. Les nouveaux rapports des Dr A_____ et F_____ produits par l'assuré avaient été soumis au SMR et n'apportaient aucun élément médical nouveau.
16. Par acte du 19 août 2004, l'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales concluant préalablement à ce qu'une expertise médicale de son état physique et psychique soit ordonnée et principalement à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit accordée. Le rapport du 10 mai 2004 du Dr A_____ faisait clairement état d'un habitus dépressif et de l'incapacité de l'assurée à exercer une activité professionnelle. Il était du devoir de l'OCAI d'établir tous les faits pertinents, de sorte qu'il aurait dû demander un complément d'instruction. De plus, le Dr F_____, dans son rapport du 11 mai 2004, avait indiqué qu'il était important d'obtenir des rapports faisant état de la pathologie psychiatrique associée. Par ailleurs, la Dresse G_____, intervenue en urgence pour SOS MEDECINS le 22 janvier 2004, avait diagnostiqué notamment un état dépressif. Comme la jurisprudence le préconisait, il y avait lieu de recourir à une expertise psychiatrique. L'assurée avait réglé ses problèmes familiaux en obtenant le divorce et la garde de ses enfants, sans que ses problèmes de santé ne s'arrangent pour autant. Sa dépression ne pouvait être qualifiée de socioculturelle, il s'agissait bien d'une atteinte à la santé mentale. Il était notoire que les offices de l'assurance-invalidité avaient reçu des consignes afin de limiter les prétendants à des prestations d'assurance, raison pour laquelle une expertise devait être confiée à un médecin indépendant.

17. Dans sa réponse du 20 septembre 2004, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Une expertise bi-disciplinaire avait déjà été effectuée. L'origine de l'expertise n'était pas déterminante, mais bien plutôt son contenu. Le rapport du SMR devait se voir reconnaître pleine valeur probante. Les plaintes de l'assurée ne suffisaient pas pour justifier une invalidité. Pour cette raison, le rapport du Dr F _____ devait être écarté. Pour le surplus, la recourante ne réunissait pas les critères jurisprudentiels fondant un pronostic défavorable. Aucun psychiatre ne suivait la recourante et aucun diagnostic autre que celui de dépression n'avait été posé. Ce diagnostic ne constituait pas une comorbidité psychiatrique autonome au trouble somatoforme douloureux. Il devait donc être nié qu'une mise en valeur de la capacité de travail de la recourant ne puisse plus être exigée d'elle ou qu'elle serait insupportable pour la société en raison du trouble somatoforme douloureux.
18. Par réplique du 20 octobre 2004, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle contestait principalement l'objectivité de l'expertise du SMR, qui ne pouvait avoir la même valeur que celle d'un expert neutre désigné par le Tribunal. Les propos du SMR étaient disqualifiants et choquants. S'agissant des critères relevés par l'OCAI, permettant d'admettre une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante, elle en remplissait la plupart. En effet, elle souffrait d'affections corporelles chroniques s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable et son état psychique cristallisé n'avait pas d'évolution possible au plan thérapeutique. On pouvait constater l'échec des traitements et des mesures de réhabilitation, en dépit de sa motivation et de ses efforts pour surmonter les effets du trouble somatoforme douloureux.
19. Par duplique du 4 novembre 2004, l'OCAI a persisté dans ses conclusions, dans la mesure où la réplique de la recourante n'appelait aucun commentaire particulier.
20. La cause a ensuite été gardée à juger par le tribunal de céans.

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 de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce reste toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel, en cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 127 V 467, consid. 1 ; 126 V 166).

En matière de procédure toutefois, les dispositions de la LPGA s'appliquent à tous les cas dès son entrée en vigueur.

4. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité au sens de la présente loi 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. L'alinéa 2 précise que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Le droit à la rente est déterminé par l'art. 28 al. 1^{er} LAI, dans sa teneur au 31 décembre 2003, qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 pour cent au moins. La rente est entière pour une invalidité de 66 2/3 % au moins,

elle est d'une demie pour une invalidité de 50 % au moins et d'un quart pour une invalidité de 40 % au moins, en vertu du deuxième alinéa.

6. Le risque couvert par l'assurance-invalidité et donnant droit à des prestations est basé sur des faits médicaux. Pour juger des questions juridiques qui se posent, les organismes d'assurance et les juges des assurances sociales doivent dès lors se baser sur des documents qui sont établis essentiellement par des médecins (ATF 122 V 158). Ils peuvent ainsi se baser sur les rapports demandés par l'office AI aux médecins traitants, sur les expertises de spécialistes extérieurs et sur les examens pratiqués par les centres d'observation créés à cet effet (art. 69 al. 2 et 72bis du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI).

Dans le cadre 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; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 15).

Le droit fédéral ne fixe aucune prescription sur la manière d'apprécier les moyens de preuve, le principe de la libre appréciation des preuves s'appliquant en matière de procédure administrative.

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).

Lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353).

D'une manière générale, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références; VSI 2001 p. 108 ; ATFA non publié du 9 avril 2002 en la cause I 379/01).

Enfin, lorsqu'il apprécie 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

7. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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 ; cf. aussi ATF 127 V 298).

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 ; RAMA 1996 no U 256 p. 217). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 ; ATFA en la cause N. du 12 mars 2004, destiné à la publication, I 683/03). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (arrêt N. précité, consid. 2.2.2).

Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre une limitation de la capacité de travail susceptible d'entraîner une invalidité (arrêt N. précité, consid. 2.2.3). En effet, selon la jurisprudence, les

troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement plus, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération - raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. consid. 2b et les références; arrêt N. précité, consid. 2.2.3 et les arrêts cités; voir également ATF 127 V 298).

Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique 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), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; arrêt N. précité, consid. 2.2.3 in fine).

Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés ci-dessus - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (cf. arrêt N. précité consid. 2.2.4. et les arrêts cités).

Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en oeuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent (art. 40 PCF en liaison avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 en liaison avec 113 et 132 OJ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a), l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions

médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socioculturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, énumérés aux consid. ci-dessus (ATFA non publié du 30 novembre 2004 en la cause I 600/03).

En résumé, la jurisprudence exige la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes. 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, ATFA non publié du 30 novembre 2004 en la cause I 630/03).

8. En l'espèce, le dossier contient des pièces fournies par le médecin traitant de l'assurée, par plusieurs autres médecins ayant examiné l'assurée, une expertise du Dr C _____, un rapport d'examen clinique bidisciplinaire du SMR et un avis médical de ce même service se prononçant sur les arguments invoqués par la recourante durant la procédure.

L'administration a mandaté le SMR pour qu'il réalise des examens par deux médecins, dont un spécialiste en rhumatologie et un spécialiste en psychiatrie. Ces derniers ont retenu les diagnostics de troubles de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive, actuellement en rémission complète (F43.22) et fibromyalgie. S'agissant de l'atteinte psychiatrique, les médecins du SMR ont relevé que l'examen clinique psychiatrique n'avait pas montré de maladie psychiatrique, de trouble de la personnalité morbide, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques qui puissent justifier, du point de vue médico-juridique, une quelconque incapacité de travail. L'état anxio-dépressif réactionnel, diagnostiqué par le médecin traitant, n'avait pas nécessité une prise en charge psychiatrique ambulatoire, ni hospitalière, et était en rémission complète. L'examen psychiatrique comportait tous les éléments d'un examen psychiatrique clinique habituel et n'avait pas permis de mettre en évidence une relation de causalité entre les constatations cliniques objectives et l'incapacité de travail attestée par le médecin traitant. Il n'y avait donc pas lieu de retenir que le tableau clinique comportait des éléments pertinents au plan psychiatrique. Après avoir soumis les points déterminants à une étude approfondie, les médecins du SMR sont parvenus à

la conclusion qu'au vu de l'ensemble des affections précitées, une capacité de travail entière était encore exigible de la part de l'assurée.

Le rapport d'examen clinique du 4 mars 2003, plus détaillé que toutes les autres pièces, se fonde sur une étude attentive du dossier, prend en considération la situation médicale de l'assurée dans son ensemble, aussi bien objectivement que subjectivement. Pour rendre leurs conclusions, les spécialistes ont effectué divers examens, ont pris en considération les plaintes émises par l'assurée et ont acquis une pleine connaissance de l'anamnèse (familiale, professionnelle, par système, personnelle, psychosociale et psychiatrique). Leurs conclusions sont dûment motivées. Le rapport respecte en tous points les exigences posées par la jurisprudence citée ci-dessus et il y a lieu en conséquence de lui attribuer une pleine valeur probante.

A noter que le Dr C _____, dans son expertise pour la CAISSE VAUDOISE est parvenu à des conclusions très proches de celles du SMR, en diagnostiquant principalement un état dépressif, ainsi qu'un syndrome fibromyalgique.

Par ailleurs, les autres appréciations médicales, notamment celle du médecin traitant de l'assurée et du Dr F _____ sur lesquels se fonde la recourante, ne sont pas de nature à remettre en question les conclusions du rapport du SMR. En effet, il s'agit de l'avis de deux médecins traitants, dont les rapports ne sont pas aussi complets et convaincants que celui du SMR, qui est le fruit d'une discussion de spécialistes.

A noter que dans le certificat du 11 mai 2004, sur lequel la recourante s'appuie, le Dr F _____ se base sur les plaintes de l'assurée et n'objective pas les douleurs. Il ne se prononce pas du tout sur l'affection psychiatrique, sauf à répéter le diagnostic d'état dépressif. S'agissant du Dr A _____, son long rapport du 10 mai 2004 constitue un résumé du parcours médical de l'assurée, se basant principalement sur les douleurs alléguées par sa patiente.

Ainsi, après examen des rapports précités, l'administration ne saurait être critiquée pour avoir considéré le dossier médical comme complet et estimé, au degré de vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales, que l'état de santé de la recourante ne nécessitait pas d'instruction complémentaire pour statuer sur ce cas.

On rappellera en outre que les actes médicaux ne doivent pas être complétés au seul motif qu'un examen supplémentaire pourrait éventuellement aboutir à une appréciation différente, à moins qu'ils ne présentent des lacunes ou qu'ils ne soient contestés sur des points précis, ce qui n'est pas le cas en l'espèce (ATF 110 V 53 consid. 4a ; ATFA non publié du 19 mars 2004 en la cause I 751/03). La conclusion préalable de l'assurée de procéder à une expertise médicale doit donc être rejetée.

Quoi qu'il en soit, et même si l'on retenait le diagnostic de trouble dépressif que la recourante souhaite se voir reconnaître, force est de considérer au sens de la jurisprudence précitée que cette dépression, pour laquelle elle n'a jamais consulté un psychiatre à l'exception de deux rendez-vous sur une période de 10 ans, ne peut être reconnue comme constituant une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisantes. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mobour/Schmidt (éd.), Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème éd., p. 191) sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine ; ATFA non publié du 25 novembre 2004 en la cause I 450/03).

Reste à examiner la présence éventuelle d'autres critères, dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux. On ne voit pas que la recourante réunit en sa personne plusieurs de ceux-ci (ou du moins pas dans une mesure très marquée) qui fondent un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle. Le premier critère a trait à la présence, en sus du trouble somatoforme douloureux persistant, d'une affection corporelle chronique ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (1). Sur ce point, des troubles à l'épaule et à la nuque ont été mentionnés par certains médecins, qui n'ont toutefois pas été en mesure d'en expliquer l'étiologie (Dr F_____, E_____, C_____). Ces mêmes troubles ont été expressément liés à la fibromyalgie par le SMR et les Dr D_____ et B_____. Toutefois, compte tenu du fait que les douleurs sont présentes depuis plus de dix ans sans qu'une véritable amélioration ait pu être constatée à certaines périodes, même de manière temporaire, et qu'elles ont pris une place centrale dans la vie de l'assurée, le critère des affections corporelles chroniques peut ainsi être tenu pour établi.

En revanche, il n'apparaît pas à la lecture des rapports médicaux figurant au dossier que la recourante subirait une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (2), même s'il est possible qu'elle vive quelque peu dans une situation de retrait. La recourante semble avoir gardé de bonnes relations avec sa famille (enfants, sœur, parrain de ses enfants, famille au Portugal) et sa vie sociale n'apparaît pas sensiblement perturbée. Selon le psychiatre du SMR, la recourante a une vie sociale normale.

L'existence d'un état psychique cristallisé marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (3) pourrait être admise, et cela malgré le fait que la recourante n'a pas tenté de régler cet aspect du problème, par exemple par psychothérapie, alors que certains médecins (notamment les Dr D_____, B_____ et A_____) aient mis un accent sur ce point. Il n'est certes fait mention d'aucune source de conflit intra-psychique ni

situation conflictuelle externe permettant d'expliquer le développement du syndrome douloureux aboutissant à une diminution de l'activité lucrative, à l'exception du conflit de couple sur une certaine période ; conflit qui aurait été résolu en 2001 par l'obtention du divorce et de la garde des enfants. La dépression perdure toutefois apparemment, ce qui ne signifie pas pour autant qu'elle soit uniquement consécutive au trouble somatoforme douloureux. Le fait que l'assurée consulte en permanence des médecins depuis de nombreuses années et qu'elle soit médicamentée par son médecin traitant permettrait d'admettre ce critère.

Enfin, on ne saurait admettre l'existence d'un échec des traitements pratiqués conformément aux règles de l'art, en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (4), dans la mesure où celle-ci n'a par exemple jamais consulté de manière sérieuse un psychiatre ou un psychologue et que certains traitements qui lui ont été suggérés (acupuncture et prise en charge selon technique du « massage du tissu conjonctif » par le Dr E_____ p. ex.) n'ont pas été suivis. Il est toutefois à noter que la recourante a suivi un bon nombre de traitements qui n'ont pas permis d'améliorer son état de santé, raison pour laquelle on peut comprendre qu'elle n'ait pas entrepris certains autres traitements ou qu'elle ait abandonné la physiothérapie. Quelques médecins lui ont également laissé entendre que la médecine n'avait pas de véritable solution à son problème. Ainsi, le Dr D_____ soulignait qu'il n'y avait pas de traitement et le Dr C_____ évoquait les multiples traitements pratiqués ces dernières années. Dans le cadre de l'analyse de ce critère, on se doit toutefois de souligner qu'il existe encore des traitements auxquels l'assurée n'a pas recouru.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, on doit nier - d'un point de vue juridique - qu'une mise en valeur de sa capacité de travail, jugée complète au plan somatique dans une activité adaptée, ne puisse pratiquement plus raisonnablement être exigée d'elle ou qu'elle serait même insupportable pour la société.

Le recours se révèle dès lors mal fondé.

**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 :

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

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