RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1748/2004 **ATAS/1071/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 1er décembre 2005

En la cause

Madame M_____, représentée par le COLLECTIF DE DEFENSE, Me Catherine GAVIN, en les bureaux duquel elle élit domicile.	recourante

contre

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

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente;
Mesdames Juliana BALDE et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Madame M_____ F_____, ressortissante portugaise née en 1961, est arrivée en Suisse en 1985 et a travaillé pour différentes entreprises. Le 2 mai 1991, elle a été engagée par X_____ SA en tant qu'ouvrière en atelier de taillage à plein temps.

2. Au cours de l'an 2000, elle a subi plusieurs périodes d'incapacité totale de travail - vingt jours en avril, une vingtaine de jours en mai, puis du 5 juin au 1er décembre. Dès le 6 mars 2001, elle n'a plus pu exercer son métier qu'à 50 %, en raison d'une fibromyalgie.

3. Le 4 mai 2001, l'intéressée 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. A sa demande, elle a joint deux rapports médicaux.

   Le premier, datant du 25 avril 1999 et rédigé par le Dr A_____, neurologue, relevait l'apparition de douleurs importantes chez la patiente depuis l'automne 1998. Les examens pratiqués par ce médecin, dont un électro-encéphalogramme, n'avaient pas permis de mettre en évidence des particularités cliniques. Le médecin exprimait l'avis que l'asthénie dépressive importante présentée par sa patiente jouait certainement un rôle primordial dans cette symptomatologie douloureuse protéiforme.

   Le second rapport avait été rédigé par le Dr B_____, rhumatologue, en date du 27 avril 1999. Il en ressort que les différents examens de laboratoire ainsi que les radiographies n'ont rien révélé de particulier. L'ensemble de l'anamnèse, l'examen clinique radiologique et biologique permettaient de poser le diagnostic d'une fibromyalgie primitive. Ce médecin était d'accord avec le Dr A_____ sur le fait que l'asthénie dépressive importante présentée par la patiente jouait certainement un rôle primordial dans la symptomatologie douloureuse. Il a indiqué qu'une médication anti-dépressive devait être introduite par le médecin traitant, le Dr C_____.

4. Dans un certificat médical du 29 juin 2001, ce dernier a posé les diagnostics de fibromyalgie et d'état dépressif, en précisant qu'ils avaient des répercussions sur la capacité de travail. Il a estimé cette dernière à 50% depuis le 8 mai 2000. Il a également été relevé que la patiente présentait des douleurs multiples, un épuisement, des troubles du sommeil, de la tristesse et une aboulie. Selon le médecin, la capacité de travail à 50 % était "juste tenable".

5. A la demande de l'OCAI, la Dresse D_____, psychiatre, a procédé à une expertise de l'assurée. Dans son rapport du 5 juin 2002, elle a posé les diagnostics suivants: épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, personnalité

dépendante, majoration des symptômes psychiques pour des raisons psychologiques et cervico-lombalgies chroniques. Selon elle, la patiente nécessitait une prise en charge psychiatrique spécifique. Le médecin a suggéré que la priorité soit donnée au traitement de la dépression, aussi bien par une approche médicamenteuse que par une approche corporelle, afin que la patiente puisse accéder à une véritable remise en question. L'expert a cependant réservé son pronostic, compte tenu de la fragilité de la personnalité de l'intéressée. Elle a estimé qu'une activité professionnelle avec moins d'investissement physique et manuel serait éventuellement bénéfique et permettrait de valoriser la patiente, qui avait alors une activité professionnelle à 50 %.

6. En réponse à une question de l'OCAI, la Dresse D_____ a précisé, par courrier du 12 mars 2002, que l'assurée avait présenté lors de l'examen clinique une agitation qu'elle avait elle-même attribuée aux douleurs multiples. Elle a précisé que l'anhédonie était une inhibition générale dans le cadre d'une dépression. Elle a répété que priorité devait être accordée aux problèmes somatiques par la patiente, qui présentait une faible capacité d'introspection et que le maintien de l'activité professionnelle pouvait s'avérer positif, tout en réservant le pronostic.

7. Le 15 avril 2003, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) a estimé que l'expertise ne répondait pas aux questions fondamentales permettant de déterminer la capacité de travail exigible de l'assurée et qu'il était nécessaire de soumettre cette dernière à des examens rhumatologique et psychiatrique supplémentaires.

8. Le 17 juin 2003, les Dresses E_____, rhumatologue, et F_____, psychiatre, ont donc procédé à un examen clinique pluridisciplinaire. Dans leur rapport du 12 novembre 2003, elles ont posé les diagnostics de fibromyalgie, excès pondéral, adiposité douloureuse des membres inférieurs, trouble statique rachidien banal et personnalité dépendante. Elles ont noté que l'examen clinique restait rassurant chez une assurée en excellent état général apparent, présentant un excès de poids, quelques dysbalances musculaires, notamment de la sangle abdominale - banales chez la femme à cet âge et compte tenu de l'habitude en hyperlordose lombaire. Elles ont relevé des "critères d'amplification" et souligné que les examens radiologiques et de laboratoire n'avaient pas montré d'autre pathologie associée au cours des quatre dernières années. Selon les spécialistes du SMR, il s'agissait d'une fibromyalgie au décours, peu active à ce moment-là. L'assurée leur avait indiqué être soulagée depuis environ un an et n'avoir pas refait de physiothérapie depuis lors. L'examen psychiatrique n'a montré ni dépression majeure, ni décompensation psychotique, ni anxiété généralisée, ni troubles phobiques qui puissent justifier une quelconque diminution de la capacité de travail. Les médecins ont relevé que l'épisode dépressif moyen - qui constituait une dépression réactionnelle - était en rémission complète, et que le diagnostic de personnalité dépendante ne constituait pas une maladie psychiatrique invalidante. Ainsi, sur le plan psychiatrique,

l'examen n'a montré ni maladie psychiatrique ni limitations fonctionnelles psychiatriques invalidantes. Les médecins ont également souligné qu'il n'existait pas de perturbation de l'environnement psychosocial. En l'absence de véritable sentiment de détresse, ils ont écarté le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant pour retenir celui de fibromyalgie.

Sur la base de l'observation clinique, le SMR a reconnu une incapacité de travail de 100 % d'avril à décembre 2000, de 50 % jusqu'en septembre 2002, puis de 0 % au-delà.

9. Par décision du 12 février 2004, l'OCAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité pour la période d'avril 2001 à décembre 2002, assortie de rentes complémentaires pour son conjoint et ses enfants. L'OCAI a considéré que l'assurée avait été incapable de travailler depuis le 8 avril 2000 sans interruption notable jusqu'à décembre 2000, puis capable de travailler à 50 % de janvier 2001 à septembre 2002, et enfin, à 100 % dès le mois d'octobre 2002. La naissance du droit à la rente a été fixée à l'échéance du délai d'une année et limitée au 31 décembre 2002, étant considéré qu'à cette date, l'état de santé de l'assurée se serait amélioré de manière à lui permettre d'exercer durablement à plein temps (délai de trois mois).

10. Par courrier du 8 mars 2004, l'assurée s'est opposée à cette décision, alléguant que son état de santé ne lui permettait pas de reprendre une activité à plein temps. Elle s'est référée à son médecin traitant, lequel avait attesté d'une incapacité de travail de 50 % durant l'année 2003 et au fait que son employeur ait réduit son temps de travail de moitié en juillet 2003. Elle a demandé à ce qu'une contre-expertise soit, le cas échéant, diligentée.

    A l'appui de ses écritures, la recourante a produit un rapport du Dr C_____ du 8 mars 2004, dont il ressort que ni ce médecin ni l'intéressée n'ont jamais pu consulter le rapport d'expertise. Le médecin s'est déclaré très étonné que sa patiente soit considérée comme apte à travailler à 100 %, alors que sa capacité de travail était réduite de 50 % en raison de déficits de santé somatiques et psychologiques.

11. Ce rapport a été soumis au SMR, qui, le 5 mai 2004, a conclu qu'il n'apportait aucun élément nouveau et qu'il s'agissait seulement d'une appréciation différente de la capacité de travail exigible. Le SMR a relevé que son examen était bidisciplinaire et tenait compte des plaintes de l'assurée, des constatations objectives tant cliniques que radiologiques et également de l'appréciation de la capacité de travail exigible en fonction de la jurisprudence en vigueur pour la fibromyalgie.

12. Par décision sur opposition du 28 juillet 2004, l'OCAI a confirmé sa décision initiale.

13. Par acte du 19 août 2004, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle a produit un nouveau certificat médical du Dr C_____, daté du 19 août 2004.

Le médecin y déplore "une opacité totale de l'assurance sur la justification de ses décisions d'aptitude ou d'inaptitude au travail" et le fait de n'avoir toujours pas reçu copie du rapport du SMR sur lequel s'est fondé l'office. Pour le surplus, il explique que sa patiente n'est plus apte qu'à 50 % depuis le 8 mai 2000 en raison d'une dépression chronique (attestée par les psychiatres lors d'un séjour en clinique du 7 au 13 juillet 2004) et de la symptomatologie douloureuse. Selon lui, cette incapacité de travail était durable et une activité professionnelle à 100 % est exclue.

14. Dans sa réponse du 16 septembre 2004, l'OCAI a maintenu sa position et conclu au rejet du recours, en faisant valoir que le Dr C_____ s'était contenté de reprendre sa précédente argumentation. L'OCAI a par ailleurs indiqué ne pas être en possession du rapport de clinique auquel ce médecin avait fait allusion.

15. Dans sa réplique du 30 novembre 2004, l'assurée a conclu à ce que l'octroi de la demi-rente d'invalidité qui lui avait été allouée à compter du 1er avril 2001 ne soit pas limitée dans le temps. Elle a rappelé qu'elle souffrait de fibromyalgie et de dépression chronique. Elle a fait valoir que ni le rapport de la Dresse D_____, ni le rapport d'examen pluridisciplinaire du SMR ne répondaient aux exigences de la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux. Elle s'est étonnée que les médecins du SMR aient conclu à une dépression en rémission complète en juin 2003 et a souligné à cet égard avoir fait l'objet d'une hospitalisation non volontaire pour cette raison en juillet 2004. Enfin, elle s'est référée à l'avis du Dr C_____.

    A son écriture, la recourante a joint un résumé établi à la suite de son séjour en clinique du 7 au 13 juillet 2004, par les Dresses G_____ et H_____, du Département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève. Il en ressort qu'il s'agissait d'une première hospitalisation en entrée non volontaire en raison d'un risque auto- et hétéro-agressif majeur. Il y est expliqué que ce sont d'importantes difficultés conjugales qui ont amené la patiente à un effondrement psychique avec idées suicidaires et projet de tentamen médicamenteux et qu'elle s'était engagée à ne pas se faire du mal pendant l'hospitalisation et à reprendre un suivi ambulatoire.

    Un rapport du Dr C_____ du 26 novembre 2004 était également joint à la duplique. Ce médecin y précisait que l'assuré se plaignait de plaintes multiples et constantes sur les plans somatique et psychologique. Il n'existait pas de traitement spécifique contre ces douleurs et la patiente bénéficiait d'une médication antidépressive, de même qu'un médicament contre les troubles du sommeil. Une amélioration de l'état de santé était toujours possible, mais ne semblait pas envisageable à moyen terme. L'assurée avait vu plusieurs spécialistes, mais n'avait pas souhaité un suivi psychiatrique spécifique, ne se considérant pas malade psychologiquement. Le Dr C_____ se déclarait d'accord avec la Dresse I_____ lorsque celle-ci soulignait la fragilité générale de la patiente et un pronostic réservé. Le SMR ne suivait pas cet avis qui ne lui convenait pas, alors que ce médecin avait très bien cerné la patiente. Par ailleurs, la "démotivation

générale", qui constituait un trouble psychologique grave et complexe, devait être prise en compte dans l'appréciation du cas. Enfin, un essai de reprise du travail à 100 % avait échoué, de sorte que l'on pouvait confirmer que la patiente n'était pas à même de travailler à plus de 50 %.

Dans sa duplique du 26 janvier 2005, l'OCAI a persisté dans ses conclusions, en se référant à un avis du SMR. Ce dernier a relevé que la lettre de sortie, suite à l'hospitalisation de la recourante, ne faisait pas mention d'éléments d'aggravation durable et que le diagnostic retenu était celui de trouble dépressif récurrent sans précision de l'intensité. Le SMR a émis l'avis qu'il serait intéressant de connaître l'avis du psychiatre traitant, tout en rappelant que, selon la jurisprudence, un trouble dépressif récurrent moyen sans autre facteur associé ne justifie pas une diminution de la capacité de travail. S'agissant du rapport du Dr C_____, le SMR a estimé qu'il n'apportait aucun élément nouveau et mentionnait essentiellement les plaintes douloureuses. Il a par ailleurs souligné que la "démotivation générale" n'était pas connue en médecine en tant que diagnostic et que la question était plutôt de savoir si l'assurée avait présenté une véritable aggravation de son état de santé de manière durable postérieurement à son examen par le SMR. Sous réserve d'un rapport du médecin psychiatre, ce dernier a maintenu ses conclusions.

16. Par courrier du 21 février 2005, l'assurée a relevé que l'autorité intimée avait admis que les expertises réalisées jusque là ne répondaient pas aux conditions de la jurisprudence et demandé que soit mise sur pied une expertise psychiatrique judiciaire. Elle a par ailleurs produit un nouveau certificat médical du Dr C_____, daté du 14 février 2005, confirmant son incapacité à travailler à plus de 50 %. Pour le surplus, le médecin y critique le rapport d'examen multidisciplinaire du SMR et rappelle que la fibromyalgie est une maladie peu connue. Il estime que sa patiente reste fortement handicapée par ses douleurs multiples et qu'il convient de se fier à l'avis du médecin traitant plutôt qu'à un avis basé sur un examen unique.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (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 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 1er 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).

   De même, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852) ne sont pas applicables (ATF 127 V 467 consid. 1).

   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. 1er 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. 1er LAI qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % 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. Dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves, notamment dans le domaine médical. Il convient de rappeler ici que selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

   L'élément déterminant pour la valeur probante d'un certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences

médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. En outre, au sujet 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. Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office AI (ATFA non publié du 26 octobre 2004 en la cause I 205/04).

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).

A noter que la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi 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).

7. En l'espèce, la recourante a été examinée par plusieurs médecins. Les principaux rapports médicaux figurant au dossier sont ceux de son médecin traitant, l'expertise psychiatrique de la Dresse D_____, ainsi que les rapports du SMR.

Dans un premier temps, constatant que l'assurée souffrait de diverses atteintes dont une fibromyalgie et un état dépressif, l'OCAI a mandaté la Dresse D_____ afin que celle-ci réalise une expertise psychiatrique de l'assurée. Le rapport de cette spécialiste, non daté, ne permet pas de répondre aux questions fondamentales

permettant de déterminer la capacité résiduelle de travail. Il est par ailleurs succinct en ce qui concerne l'appréciation du cas et le pronostic, de même que sur les conclusions. Il ne détermine notamment pas quelle serait la capacité résiduelle de travail. Le complément rédigé par la Dresse D_____ à la demande de l'office est également très confus et ne répond pas non plus aux questions qui lui ont été expressément posées. Dès lors, il ne saurait se voir accorder une valeur probante, à la lecture de la jurisprudence précitée.

Par la suite, l'assurée a été examinée par une rhumatologue et une psychiatre du SMR en juin 2003. Leur rapport, daté du mois de novembre 2003, retient les diagnostics de fibromyalgie, excès pondéral, adiposité douloureuses de membres inférieurs, trouble statique rachidien banal et personnalité dépendante. Les expertes ont procédé à un examen clinique complet de l'état de santé de l'assurée et se sont appuyées sur l'entier de son dossier médical, notamment les certificats des médecins l'ayant examinée auparavant, de sorte qu'on ne peut que constater que leur expertise se fonde sur un dossier bien étayé. Une anamnèse a été réalisée et la patiente a été entendue. Le rapport est circonstancié et ses conclusions sont claires. L'état de santé de la recourante a fait l'objet d'examens approfondis. Ce rapport du SMR devrait en principe se voir accorder pleine valeur probante, à la lecture de la jurisprudence.

Cependant, ce rapport, bien que relativement récent, a non seulement été contesté par le médecin-traitant de l'assurée, mais surtout, ses conclusions ont été infirmées par les faits, notamment le séjour non volontaire en division psychiatrique de l'assurée en juillet 2004. Ces évènements mettent à mal les conclusions des médecins du SMR, selon lesquelles la fibromyalgie serait "au décours" et l'état de la recourante "nettement amélioré". Cette dernière a en effet fait montre, peu après, d'un risque auto- et hétéro-agressif majeur. Le rapport établi suite à son hospitalisation fait état d'un effondrement psychique et d'idées suicidaires avec projet de tentamen médicamenteux. Les médecins n'ont certes alors pas posé de diagnostic précis ou émis un quelconque pronostic, néanmoins la situation contredit à l'évidence les conclusions du SMR, et ce quelques mois seulement après le rapport de ce dernier, ce qui permet de mettre sérieusement en doute son bien-fondé et l'évaluation à laquelle se sont livrée les experts. Le SMR et l'OCAI ont d'ailleurs admis que des éclaircissements complémentaires étaient nécessaires. Toutefois, partant du fait que ces éléments n'avaient pas été spontanément produits par la recourante, ils ont maintenu leurs conclusions.

Selon la jurisprudence, dans le domaine des assurances sociales, la procédure reste - comme par le passé - régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les

preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; voir également les art. 43 et 61 let. c LPGA). Dans le cas d'espèce, le Tribunal de céans est d'avis que la recourante a amené suffisamment d'éléments permettant de se convaincre qu'une nouvelle expertise était nécessaire, ce que l'office intimé semble avoir admis.

En l'état, le degré d'invalidité de la recourante ne saurait être déterminé sur la base des pièces médicales au dossier, de sorte qu'il convient de renvoyer la cause à l'OCAI afin qu'il complète l'instruction sur le plan médical. Il lui incombera mandater un psychiatre indépendant dans les plus brefs délais, en le chargeant de recueillir des données médicales permettant de déterminer, du point de vue psychiatrique, quelles activités sont encore exigibles de la recourante et dans quelle mesure.

Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis.

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. L'admet partiellement.

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

4. Condamne l'OCAI à verser à la recourante une indemnité de 750.- fr. à titre de dépens.

5. 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

Janine BOFFI Karine STECK

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