

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1873/2007

ATAS/441/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 16 avril 2008

En la cause

Madame F_____, domiciliée à VERSOIX, représentée par
ASSUAS association suisse des assurés

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Bertrand
REICH, Juges assesseurs , Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame F _____, divorcée, d'origine portugaise, est arrivée en Suisse en 1987. Elle y exerce divers emplois, comme aide-soignante dans des EMS, femme de ménage dans une entreprise de nettoyage, serveuse, puis vendeuse-gérante dans une boulangerie à Genève.
2. L'intéressée a connu des problèmes de santé dans le courant de l'année 2002 pour lesquels elle est en arrêt de travail depuis le 23 octobre 2002.
3. Le 17 décembre 2003, l'intéressée a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance invalidité (ci-après l'OCAI).
4. Dans un rapport établi en date du 4 avril 2004 à l'intention de l'OCAI, la Dresse L _____, médecin généraliste, a posé les diagnostics suivants : cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne CDlombaire, sur séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann, sur calcification discale D5-D6 et sur probable instabilité lombaire-arthrose interapophysaire postérieure, fibromyalgie, état anxio-dépressif sévère sans symptômes psychotiques, épigastralgies sur gastrite aigüe et oesophagite aigüe. L'incapacité de travail est de 100% depuis le 23 octobre 2002. Le médecin traitant a joint en annexe divers rapports médicaux, dont un rapport établi par le Pr. Philippe MOREL, médecin chef de service du département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 22 juillet 2003, faisant état de douleurs abdominales mal systématisées. Vu le contexte psychique ainsi que la supposition d'une probable fibromyalgie, il pensait que ces douleurs atypiques étaient d'origine extra-abdominale.
5. Dans un rapport établi le 24 janvier 2003, le Dr M _____, médecine interne et rhumatologie FMH, pose également le diagnostic de fibromyalgie. Enfin, un résumé d'intervention du CTB daté du 2 juin 2003 fait état d'une prise en charge de l'assurée au CTB à la demande de la clinique de Belle-Idée, où elle était hospitalisée en raison d'idées suicidaires. En fin de séjour, la symptomatologie s'était améliorée. Un rapport de la clinique genevoise de Montana du 12 janvier 2004, relatif à un séjour du 11 décembre 2003 au 8 janvier 2004, mentionne un état anxio-dépressif sévère sans symptômes psychotiques.
6. Le 12 mai 2005, la Dresse L _____ a établi un rapport médical intermédiaire à l'intention de l'OCAI, mentionnant que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé, en ce sens qu'un syndrome du tunnel carpien bilatéral et des gonalgies aigües sous gonarthrose bilatérale sont apparues. L'incapacité de travail est toujours totale. En raison d'importants troubles statiques et dégénératifs au niveau du rachis lombaire et de l'état anxio-dépressif récurrent, il y a contre-indication pour la prise de charges lourdes, de travaux lourds et répétitifs. Un traitement psychiatrique était en

cours chez le Dr N_____. La Dresse L_____ a joint divers rapports médicaux, notamment un rapport du 16 décembre 2004 du Dr O_____, spécialiste FMH en rhumatologie, dont il résulte que le tableau clinique présenté par la patiente est tout à fait compatible avec une fibromyalgie. En ce qui concerne les gonalgies, les douleurs sont compatibles avec une arthrose et un syndrome fémoro-patellaire.

7. L'OCAI a mandaté le service médical régional AI, SMR LEMAN, pour un examen clinique bidisciplinaire. L'assurée a été examinée par le Dr P_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et la Dresse Q_____, psychiatre FMH. Dans son rapport du 31 août 2005, le SMR relève qu'au plan ostéo-articulaire objectif, l'assurée présente des discrets troubles de la statique vertébrale, une dysbalance musculaire au niveau de la ceinture scapulaire et pelvienne, un syndrome rotulien bilatéral prédominant actuellement à gauche et des troubles statiques plantaires importants favorisés par le port permanent de chaussures avec des talons extrêmement hauts. En revanche, il n'y a aucune limitation significative de la mobilité, tant du rachis cervico-dorso-lombaire que des articulations périphériques. Il n'y a pas non plus de synovite qui pourrait faire évoquer un rhumatisme inflammatoire quelconque. A l'examen clinique, il n'y a que quelques douleurs insertionnelles au niveau des sites dits classiques de la fibromyalgie. Selon le rhumatologue, il y a une discordance entre l'importance et la permanence des plaintes annoncées par cette assurée et les constatations objectives, tant cliniques que radiologiques. La fibromyalgie n'a pas de retombées fonctionnelles, elle n'entraîne pas de limitations fonctionnelles. En revanche, la discrète atteinte rachidienne et l'atteinte au niveau des genoux vont déterminer des limitations fonctionnelles qui mériteront d'être retenues dans la définition d'une activité professionnelle exigible.

Au status psychiatrique, la Dresse Q_____ relève que l'assurée ne présente pas de troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention. Elle a objectivé un léger ralentissement moteur, en raison d'un traitement médicamenteux sédatif. La thymie est euthymique, les traits dépressifs sont discrets et ne permettent pas de retenir un trouble spécifique. L'assurée ne verbalise pas d'idées suicidaires, mais elle reconnaît avoir fait plusieurs tentatives de suicide. Le médecin n'a pas objectivé lors de l'examen de signes florides de la lignée dépressive en faveur d'un diagnostic de dépression majeure. L'assurée ne présente pas d'angoisses persistantes, ni d'attaques de panique, ni de phobies sociales ou de claustrophobie. Il n'y a pas de symptômes de la lignée psychotique. La psychiatre a constaté une divergence entre le discours de l'assurée qui se décrit triste, déprimée, sans envie de faire quoi que ce soit et son apparence, extrêmement coquette, avec un besoin évident de plaire. L'assurée présente une structure et un fonctionnement de personnalité émotionnellement labile du type borderline avec des traits impulsifs et histrioniques, mais elle ne souffre d'aucun trouble de la personnalité morbide. Au titre des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, le SMR a retenu

des rachialgies communes dans le cadre de discrets troubles statiques et dégénératifs et un syndrome rotulien bilatéral prédominant actuellement à gauche. Les autres diagnostics, à savoir la fibromyalgie, les troubles statiques plantaires, l'épisode dépressif réactionnel en rémission et la dépendance aux benzodiazépines n'ont pas d'influence sur la capacité de travail. Dans l'appréciation consensuelle du cas, les médecins du SMR relèvent que l'examen général objectif est normal, qu'une polyneuropathie peut être exclue et qu'il y a une discordance entre l'importance et la permanence des plaintes et les constatations objectives cliniques et radiologiques. Sur le plan psychique, l'assurée a présenté un épisode dépressif réactionnel à un conflit de couple et aux douleurs chroniques, avec une évolution progressivement favorable, de sorte que le diagnostic d'épisode dépressif réactionnel en rémission depuis octobre 2004 a été retenu. L'assurée de présente aucune maladie psychiatrique invalidante. Quant aux limitations fonctionnelles, elles sont les suivantes: alternance une fois par heure de la position asis/debout, pas de soulèvement régulier de charges supérieures à 8 kg ni de port réguliers de charges excédant 15 kg, pas de travail en porte-à-faux ni de travail sur des engins vibrants. Enfin, les déplacements réguliers en terrain irrégulier ou impliquant le franchissement régulier d'escaliers ou d'échelles est à éviter, de même que les genuflexions répétées. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail est de 100 %. Dans l'activité de gérante de boulangerie, elle est de 70 %

8. Le 4 octobre 2006, la Dresse L_____ a communiqué à l'OCAI quatre rapports d'hospitalisations de sa patiente à la clinique de Belle-Idée, entre 2004 et 2006, toutes en entrée non volontaire. En mars 2003, l'assurée a été hospitalisée en raison d'un risque suicidaire dans le contexte d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, en mai 2004, il s'agissait d'un abus médicamenteux dans le cadre d'un épisode dépressif moyen, avec comme autre diagnostic, un trouble de la personnalité. En 2005 et 2006, l'assurée a été à nouveau hospitalisée suite à un abus médicamenteux, avec en 2006 un trouble dépressif majeur, épisode actuel moyen avec syndrome somatique.
9. Dans son rapport du 21 février 2007, le service de réadaptation professionnelle a constaté, après comparaison des gains, une perte économique de moins de 1 % et proposé de clore le dossier.
10. Par décision du 29 mars 2007. l'OCAI a refusé l'octroi d'une rente ainsi que de mesures professionnelles, au motif que son degré d'invalidité de 0.73 % est insuffisant pour ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
11. Représentée par l'Association suisse des assurés (ASSUAS), l'intéressée interjette recours le 14 mai 2007. Elle reproche à l'OCAI de ne pas lui avoir accordé un délai afin de compléter son argumentation. Sur le fond, elle conteste la valeur probante du rapport d'examen bidisciplinaire effectué par le SMR, faisant valoir notamment

que les médecins n'avaient pas tous les éléments en mains pour se prononcer sur le plan psychiatrique et que les atteintes physiques n'ont pas toutes été prises en compte. Elle produit un rapport du Dr O_____, spécialiste FMH en rhumatologie, du 15 mars 2007, mentionnant une fibromyalgie avec des gonalgies bilatérales évoquant une arthrose des genoux avec un syndrome fémoro-patellaire. L'atteinte des genoux peut limiter la capacité à faire des marches prolongées et à s'agenouiller. La recourante conteste également le montant du salaire sans invalidité retenu par l'OCAI et conclut à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Subsidiairement, elle sollicite la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire neutre.

12. A l'appui de sa réponse du 13 juillet 2007, l'OCAI produit un avis du SMR du 3 juillet 2007, aux termes duquel le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen tel que retenu par le psychiatre des HUG dans la lettre de sortie du 29 août 2006, est à considérer comme faisant partie de la fibromyalgie et ne justifie pas d'incapacité de travail de longue durée. Quant au rapport du Dr O_____, Le SMR relève qu'il retient les mêmes diagnostics et que les limitations fonctionnelles se recoupent avec celles, plus complètes et détaillées, figurant dans leur rapport. L'OCAI conclut au rejet du recours.
13. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties qui s'est tenue le 3 octobre 2007, la recourante a déclaré qu'elle était toujours en incapacité de travail et qu'elle était suivie depuis cinq mois par un psychiatre, le Dr R_____, du Centre de psychologie. Auparavant, elle était en traitement chez la Dresse S_____. Elle a indiqué que ses médecins ne lui ont pas parlé de dépendance aux médicaments. Elle a précisé qu'avant de tomber malade, elle était gérante salariée d'une boulangerie.
14. A la demande du Tribunal, le Dr T_____ a indiqué par courrier du 18 octobre 2007 qu'il était au bénéfice d'un FMH en médecine générale, d'un diplôme de capacité FMH pour l'hypnose et la psychothérapie Ericksonienne. Il exerçait la médecine depuis 40 ans. Il a confirmé qu'il soignait l'assurée depuis le 8 mars 2007, à raison d'une fois par semaine, par une psychothérapie découverte, des séances d'hypnose et un traitement médicamenteux (calmants et antidépresseur). Du point de vue psychiatrique, il mentionne un état mélancolique, une dépression récurrente grave avec des traits psychotiques caractéristiques (idées délirantes sans véritables hallucinations - F32.2 CIM-10). Après une amélioration des symptômes psychiques, la séance au tribunal a déclenché une rechute moyennement grave de la dépression. La lourdeur de la médication psychotrope contrarie la possibilité d'un travail régulier. La symptomatologie psychique est susceptible d'amélioration, mais cependant les rechutes sont habituelles dans cette catégorie de patients. Une activité adaptée lui paraît totalement illusoire, compte tenu des limitations fonctionnelles somatiques.

15. Questionnée par le Tribunal de céans, la Dresse S_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a confirmé avoir suivi la recourante entre juillet 2003 et décembre 2003. Le diagnostic retenu à l'époque était celui de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline F60.31 et trouble dépressif moyen à sévère F33.9. La patiente bénéficiait d'un traitement antidépresseur et l'évolution de l'état de santé lui avait paru s'améliorer lentement, La prise en charge s'est avérée difficile, la patiente manquait souvent les rendez-vous pour l'appeler ensuite en urgence la nuit ou le week-end. Elle ne n'a plus revue ensuite, de sorte qu'elle ne sait pas quelle est l'évolution de sa maladie et ne peut faire de pronostic.
16. Ces documents ont été communiqués aux parties le 24 octobre 2007.
17. Dans ses observations du 14 novembre 2007, l'OCAI se réfère à l'avis du SMR du 12 novembre 2007, aux termes duquel les faits décrits par les psychiatres permettent de confirmer que la recourante présente un épisode dépressif réactionnel suite à l'audience d'octobre 2007. Quant au diagnostic de la Dresse S_____, au vu de l'évolution durant cinq mois, il ne remet pas en cause l'examen clinique du SMR. L'OCAI persiste dans ses conclusions.
18. Ces observations ont été communiquées à la recourante le 23 novembre 2007. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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 (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.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouvert peuvent faire l'objet d'un recours dans le délai de trente jours suivant leur notification (cf. art. 56 al. 1 et 60 LPGA). En l'occurrence, le mandataire de la recourante a reçu la décision litigieuse le 3 avril 2007. Compte tenu de la suspension des délais du 7^{ème} jour avant Pâques au 7^{ème} jour après Pâques, soit du 1^{er} avril au 15 avril 2007 (art. 38 al. 4 let. a LPGA), le recours interjeté dans la forme prescrite par la loi et posté le 14 mai 2007 est recevable. □ □
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité et plus particulièrement sur son degré d'invalidité.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1^{er} janvier 2004, date de l'entrée en vigueur de la 4^{ème} révision de l'AI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge 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 rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais 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, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Ainsi, 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une

appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

Par ailleurs, 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 (ATF 125 V 351; ATFA du 29 octobre 2003, I 321/03 consid. 3.1).

7. Dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret.

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

Le Tribunal fédéral des assurances a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 354 et 131 V 50), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les

manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé, 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). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.2).

Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants précités - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in : Praxis 94/2005, p. 2007 ss.). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3).

8. En l'espèce, tant les médecins traitants de la recourante que le Dr P_____, du SMR, ont posé les mêmes diagnostics du point de vue somatique, à savoir des cervico-dorso-lombalgies et une fibromyalgie. Concernant les limitations fonctionnelles, tous les médecins émettent les mêmes avis, à savoir que la recourante doit éviter les activités répétitives, en porte-à-faux, les genuflexions, les marches prolongées ou sur terrain irrégulier ainsi que celles impliquant le port de charges lourdes.

Les appréciations des médecins divergent cependant quant au diagnostic psychiatrique, ainsi que sur les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité

de travail, le médecin traitant considérant que sa patiente est totalement incapable de travailler.

Sur le plan psychique, le médecin traitant a d'emblée relevé, en 2004, un état anxio-dépressif qu'elle a qualifié de sévère. Ce diagnostic figure également dans le rapport de la clinique de Montana, où la recourante a séjourné du 11 décembre 2003 au 8 janvier 2004 suite à un tentamen médicamenteux. Grâce au soutien médico-infirmier, la recourante a présenté une amélioration de sa thymie avec une disparition des idées suicidaires et en fin de séjour, elle a pu faire des projets concrets pour son retour à domicile, à savoir d'une part, mettre fin à sa relation de couple et, d'autre part, faire les démarches pour retrouver un logement.

Au vu du diagnostic de fibromyalgie, c'est à juste titre que l'intimé a ordonné un examen psychiatrique. Le médecin psychiatre du SMR, la Dresse Q_____, a relevé que l'assurée a développé une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle, dans le contexte d'une relation conflictuelle avec un homme toxicomane et violent. Au status psychiatrique, elle ne présentait pas de trouble de la mémoire, de la concentration ou de l'attention. Les traits dépressifs sont discrets et ne permettent pas de retenir un trouble spécifique. La psychiatre expose qu'elle n'a pas objectivé de signes florides de la lignée dépressive en faveur d'un diagnostic de dépression majeure. Elle ne présentait pas d'anxiété généralisée, ni d'angoisses persistantes, ni d'attaques de panique. Il n'y avait pas de symptômes de la lignée psychotique. Selon la Dresse Q_____, la recourante présente une structure et un fonctionnement de personnalité émotionnellement labile de type borderline, mais elle ne souffre d'aucun trouble de la personnalité morbide. En fin de compte, le diagnostic d'état anxio-dépressif sévère n'a pas été retenu, faute de symptomatologie, pas plus que celui de trouble somatoforme douloureux, vu l'absence d'un véritable état de détresse. C'est pourquoi le SMR a conclu, sur le plan psychiatrique, à un épisode dépressif réactionnel en rémission depuis octobre 2004, n'entravant pas la capacité de travail. Pour le SMR, la capacité de travail de la recourante est de 100 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles et de 70 % dans l'ancienne activité.

Le Tribunal de céans relève que le rapport du SMR comporte une anamnèse détaillée, que la recourante a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique, que les médecins ont pris en compte ses plaintes, qu'ils se sont prononcés sur la base du dossier complet et que leurs conclusions sont bien motivées. Reste à examiner si le rapport peut se voir attribuer pleine valeur probante, sur le plan psychiatrique particulièrement.

Selon les rapports de la clinique de Belle-Idée, des HUG, la recourante a subi plusieurs hospitalisations entre 2003 et 2006. En 2003 et en 2006, le diagnostic d'épisode dépressif sévère ou de trouble dépressif majeur a été posé par les médecins, qui ont relevé toutefois une amélioration de la thymie à la sortie. La

patiente avait bien réagi au traitement antidépresseur. Lors de l'hospitalisation de 2004 le diagnostic posé était celui de trouble dépressif moyen et en 2005, d'abus médicamenteux et de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, avec une évolution favorable de la thymie. Les médecins ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail de la recourante.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate que les diagnostics posés par les médecins des HUG et celui du SMR ne sont pas contradictoires, dans la mesure où l'état psychique de la recourante s'est amélioré au cours de l'hospitalisation et qu'un trouble dépressif grave n'a pas été diagnostiqué durant une longue période. De même, la Dresse S_____, qui a suivi la recourante entre juillet 2003 à décembre 2003, a qualifié le trouble dépressif de moyen à sévère, ce qui confirme que l'état dépressif n'était pas sévère pendant une longue durée. Quant aux conclusions du Dr T_____, elles doivent être relativisées, étant donné d'une part qu'il n'est pas un spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et d'autre part qu'il suit la recourante depuis mars 2007 seulement. De surcroît, il avait lui-même noté une amélioration de tous les symptômes psychiques, même si la recourante a décompensé à nouveau après l'audience par-devant le Tribunal de céans, ce qui va dans le sens des conclusions du SMR qui parle d'épisode dépressif réactionnel.

En conséquence, le Tribunal de céans ne saurait s'écarter des conclusions du rapport du SMR.

Enfin, force est de constater que les rapports des Drs O_____ et L_____ produits par la recourante en cours de procédure ne font pas état d'autres atteintes à la santé que ceux déjà connus.

9. Mal fondé, le recours doit être rejeté.
10. Conformément à l'art. 69al. 1bis LAI, l'émolument, fixé en l'occurrence à 200 fr., est mis à la charge de la recourante, qui succombe

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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