

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1964/2007

ATAS/559/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 8 mai 2008

En la cause

Madame B_____, domiciliée à ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BAIER Florian recourante

contre

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

**Siégeant : Mme Karine STECK, Présidente; Christine KOEPEL et Olivier LEVY,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame B _____, titulaire d'un CFC en horlogerie, a déposé le 26 janvier 2005 une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) en invoquant une fibromyalgie détectée en septembre 2004 et un état dépressif. Cette demande tendait à l'obtention d'une rente.
2. L'assurée a travaillé en dernier lieu pour X _____ SA, à compter du 1^{er} février 2003 à raison de 40 heures par semaine. Elle s'est vu prescrire les arrêts de travail suivants : 100 % du 19 novembre 2003 au 18 janvier 2004, 50 % jusqu'au 25 janvier 2004, 100 % jusqu'au 3 janvier 2005, 50 % jusqu'au 6 janvier 2005 et enfin 100 % depuis le 7 janvier 2005 (pièce 9 OCAI).
3. Dans un rapport du 2 avril 2004 adressé à HELSANA ASSURANCES SA (ci-après : HELSANA), le docteur L _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a confirmé les dates d'incapacité de travail et a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F 32.2) (pièce 18 OCAI).
4. Le docteur M _____, spécialiste en médecine générale, a quant à lui indiqué dans un courrier adressé à HELSANA le 7 juillet 2004 que la patiente était suivie pour un état dépressif mixte, essentiellement endogène, fluctuant, souvent aigu et qu'un suivi spécialisé avait été mis sur pied pendant plusieurs mois au printemps 2004, jusqu'à ce que la psychiatre réfère la patiente à une institution publique, ce que cette dernière n'avait jamais accepté. Un traitement médicamenteux avait été suivi avec des résultats positifs mais insuffisants; des somatisations importantes étaient apparues au cours desquelles une consultation spécialisée en rhumatologie avait été organisée chez le docteur N _____. Une reprise du travail était envisageable mais pas à court terme. Il n'y avait pas de lien direct entre l'état de santé de sa patiente et sa place de travail, mis à part éventuellement pour quelques douleurs qui n'étaient pas au premier plan (pièce 18-11 OCAI).
5. Le docteur N _____, spécialiste en rhumatologie, a posé le diagnostic de cervicobrachialgie sévère sur troubles statiques le 23 août 2004.
6. Interrogé par l'OCAI, le docteur O _____, spécialiste en médecine interne, a posé le diagnostic de fibromyalgie (symptomatique depuis 3 ans mais diagnostiquée il y a 6 mois) et d'état dépressif réactionnel avec fatigue chronique et troubles du sommeil apparus en 2003 (rapport du 9 mai 2004). Le médecin a fait état d'un état de fatigue chronique avec douleurs ostéomusculaires diffuses en crise, d'une probable épicondylite du coude droit, d'un important état d'asthénie, de troubles de la mémoire associés à une dépendance au Xanax Retard, d'une tuméfaction du coude droit et de douleurs localisées à divers points de pression au niveau des articulations du dos et du thorax (pièce 19 OCAI). Il a conclu à une incapacité de poursuivre une activité concentrée avec programmation précise à 100 % de temps

de travail. La diminution de rendement était d'environ 50 %. Il a décrit l'activité adaptée comme un poste avec responsabilité limitée, ne demandant ni efforts de concentration ni efforts physiques répétés. Une telle activité pourrait être exercée 4 à 6 heures par jour. Il a souligné la possibilité de la récurrence des crises douloureuses empêchant la poursuite du travail et favorisant un absentéisme à raison d'une fois par semaine. En définitive, il a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité d'horlogère, mais de 50 à 70 % dans une activité d'employée de bureau telle que décrite précédemment.

7. Le docteur N_____ a quant à lui rendu un rapport le 22 mai 2005, dans lequel il a posé le diagnostic de cervicalgie sur troubles statiques apparus en 2004. Il a précisé n'avoir vu la patiente qu'à deux reprises les 13 et 20 juillet 2004, lui avoir prescrit des séances de physiothérapie et ne plus l'avoir revue depuis lors (pièce 27 OCAI).
8. Le 16 juin 2005, le docteur O_____ a confirmé le diagnostic d'état dépressif réactionnel dans le cadre d'une fibromyalgie.
9. Par décision du 14 décembre 2005, la Caisse cantonale de chômage a déclaré l'assurée inapte au placement à compter du 20 novembre 2005 et lui a refusé en conséquence l'indemnisation par l'assurance chômage (pièce 43 OCAI).
10. L'assurée s'est soumise à un examen effectué au Service médical régional AI (ci-après : SMR) par les docteurs P_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et Q_____, spécialiste en psychiatrie. Ces derniers ont rendu leur rapport le 16 janvier 2007, duquel il ressort que l'assurée avait commencé à présenter des douleurs de la région postérieure de l'épaule droite irradiant vers la région latérocervicale et diffusément dans le membre supérieur droit au cours de l'année 2001. Cette symptomatologie douloureuse avait augmenté progressivement en intensité et en extension, au point que l'intéressée se plaignait, au moment de l'expertise, de douleurs partout, permanentes, diurnes et nocturnes, accompagnées d'une fatigue insurmontable que ne soulageaient pas de très longues heures de sommeil, l'assurée affirmant même qu'elle restait parfois alitée pendant 24 heures consécutives. L'assurée se sentait toujours fatiguée et moullue au réveil ; elle se recouchait après avoir pris ses médicaments. Au long de la journée, elle éprouvait les mêmes douleurs qui ne lui permettaient pas de marcher plus d'un quart d'heure et un sentiment de faiblesse tel qu'elle utilisait depuis un an et demi environ une canne. Elle ne supportait pas la position assise plus qu'un quart d'heure et ne se sentait bien que lorsqu'elle était allongée avec de multiples coussins. Le simple contact de l'eau augmentait ses douleurs, raison pour laquelle elle ne prenait plus de bain. L'assurée indiquait passer sa journée essentiellement à son domicile où elle lisait, écrivait des poèmes, bricolait ou cuisinait. L'après-midi elle sortait volontiers avec son conjoint. Elle ne se rendait pas au cinéma, car elle ne pouvait rester assise toute la durée du film ; par contre, elle appréciait sortir au restaurant avec son conjoint et un couple d'amis. Elle avait maintenu contact avec des amis de longue

date à qui elle téléphonait et entretenait des contacts réguliers avec sa famille. L'assurée se plaignait principalement de la difficulté à gérer son énergie face aux douleurs chroniques. Elle avait été hospitalisée à quatre reprises pour une durée d'environ 2 semaines à la Clinique de Montana entre 2003 et 2006. Ses hospitalisations avaient été motivées par une baisse de moral face aux douleurs. Elle avait tenté un suivi psychiatrique et vu huit psychiatres différents en 2004. Elle n'y avait cependant trouvé aucune efficacité ni soulagement, de sorte qu'elle avait rapidement interrompu la prise en charge.

Les médecins examinateurs n'ont en définitive retenu que les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de fibromyalgie, migraines sans aura et éléments dépressifs réactionnels et ponctuels face à la souffrance d'une symptomatologie douloureuse (F43.21). Selon eux, l'assurée n'était atteinte d'aucune maladie psychiatrique pouvant porter préjudice à sa capacité de travail. Ils ont relevé une certaine "particularité dans la relation" qui ne pouvait correspondre à une maladie invalidante, mais pourrait expliquer pourquoi l'assurée se sentait mal dans une activité peut être insuffisamment qualifiée pour elle. Ils n'ont vu aucune contre-indication psychiatrique à ce que l'assurée soit prise en charge, cas échéant, par le service de réadaptation en vue d'une activité professionnelle plus hautement qualifiée. Concernant le diagnostic de fibromyalgie, ils ont estimé qu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique ni d'affection corporelle chronique. Le processus maladif s'étendait depuis 2003 sans rémission durable. Il n'y avait pas de perte d'intégration sociale. Le processus défectueux de résolution du conflit pouvait être lié au mode de fonctionnement de l'assurée face à l'autre : l'assurée ne répondant pas à l'agressivité qui lui était adressée, elle pouvait la "garder en elle" et la ressentir sous forme de douleurs. Les traitements conformes aux règles de l'art (psychiatriques ou somatiques, y compris médicamenteux) n'étaient que peu efficaces et il n'avait été décelé aucun signe de non-coopération. Les médecins ont estimé qu'il n'y avait aucune maladie rhumatismale inflammatoire, mais que l'anamnèse et le status clinique étaient évocateurs d'une fibromyalgie n'entraînant ni limitation fonctionnelle ni incapacité de travail. En définitive, ils ont conclu à une capacité de travail totale de préférence dans une activité stimulant les capacités intellectuelles (pièce 52 OCAI).

11. Sur cette base, un projet de refus de prestations a été signifié à l'assurée le 1^{er} février 2007.
12. Lors d'un entretien ayant eu lieu à la demande de cette dernière le 28 février 2007, elle a reproché au SMR de ne pas avoir mentionné certains aspects de sa maladie et de sa vie privée et d'avoir détourné les autres de leur contexte original. Elle a affirmé ne pas être en mesure d'exercer une activité à 100 % mais tout au plus à mi-temps et dans un autre domaine que l'horlogerie.
13. Le docteur O_____ a fait part de son étonnement en regard du rapport d'examen du SMR dans un avis du 22 février 2007. Il a souligné que, suite aux

hospitalisations à Montana, les diagnostics d'état dépressif chronique et récurrent de degré moyen, de troubles de la personnalité de type borderline et de trouble du comportement alimentaire de type anorexie boulimie avaient été posés. Or, les deux diagnostics complémentaires n'avaient pas été cités par le SMR. Par ailleurs, l'état dépressif de l'assurée était accompagné d'une véritable souffrance psychologique avec réaction de deuil suite à la perte d'emploi et de reconnaissance des capacités d'horlogère ; de ce fait, définir les éléments dépressifs comme purement réactionnels et ponctuels dans le cadre d'un syndrome fibromyalgique lui paraissait certainement réducteur. La capacité réelle de travail de l'assurée avoisinait probablement l'équivalent de 50 à 60 %, mais les chances de reprises étaient minces après deux ans d'arrêt de travail. Il a dès lors préconisé que l'OCAI réévalue sa position s'agissant d'une reconversion professionnelle, ce qui était d'ailleurs l'objectif premier de la demande de prestations (pièce 58 OCAI).

14. Par décision du 20 avril 2007, l'OCAI a rejeté la demande de prestations. Se basant sur l'examen pratiqué auprès du SMR, il a estimé que la capacité de travail de l'assurée était demeurée entière dans toute activité. Au plan somatique, il a reconnu que tant l'anamnèse que le statut clinique étaient évocateurs d'une fibromyalgie ne reposant sur aucune lésion anatomopathologique objective et n'entraînant pas de limitation fonctionnelle. Au plan psychiatrique, l'assurée n'était atteinte d'aucune maladie invalidante au sens de l'assurance invalidité, puisqu'il n'y avait pas de perte de l'intégration sociale et que le processus maladif avait débuté en 2003 seulement. L'assurée avait toujours conservé une capacité de travail malgré l'aggravation actuelle de son état de santé et le docteur O_____ avait admis une capacité de travail de 50 à 60 %, probablement dans une activité adaptée puisqu'il avait lui-même signé les arrêts de travail à 100 % dans la profession habituelle. Les arrêts de travail de l'assurée avaient été motivés par sa problématique douloureuse, puis par le problème dépressif durant les épisodes les plus symptomatiques (deux hospitalisations à la Clinique genevoise de Montana au terme desquelles l'état dépressif avait été qualifié de moyen). Le trouble de la personnalité n'avait jamais été décompensé. Quant au problème de trouble du comportement alimentaire, il ne semblait pas avoir d'impact significatif dans la vie quotidienne de l'assurée et ne s'appuyait sur aucun traumatisme du vécu, de sorte que l'on ne pouvait lui reconnaître un caractère invalidant. Enfin, l'intensité de la dépression faisait partie intégrante du tableau de fibromyalgie et ne l'empêchait pas de mener une vie sociale riche, ce qu'attestaient les nombreux témoignages de ses amis (cf. pièces 60-5 à 60-8 OCAI). Reconnaisant que l'activité d'horlogère n'était pas forcément adaptée à la personnalité de l'assurée, l'OCAI a cependant retenu qu'aucune limitation médicale fonctionnelle ne l'empêchait d'exercer cette profession, ce d'autant plus que le dossier radiologique ne démontrait aucune atteinte ostéoarticulaire significative qui lui permettrait de remettre en question les conclusions de l'examen clinique du 15 janvier 2007.

15. Par mémoire du 19 mai 2007, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, requérant son annulation, en concluant à l'octroi d'une rente partielle d'invalidité correspondant à sa perte de gain effective.
16. Elle a complété son recours le 29 juin 2007, concluant, préalablement, à ce que soit ordonnée une expertise médicale en vue de déterminer l'impact de sa fibromyalgie sur sa capacité de travail, à être entendue par le Tribunal et, au fond, à l'octroi d'une rente entière ou partielle à compter du 7 février 2005 ainsi que de mesures de réadaptation professionnelle le cas échéant. L'assurée souligne qu'elle apprécie énormément l'activité d'horlogère qui est la sienne mais que la fatigue et la douleur chronique dont elle est atteinte sont insurmontables et épuisent ses ressources physiques et psychiques au point de l'empêcher de travailler au-delà d'un faible taux d'activité. La fibromyalgie dont elle souffre est extrêmement sévère, ce qui la tient dans un état de fatigue ininterrompu et de douleurs intenses, lesquelles atteignent en permanence un degré de 5 à 8 sur une échelle de 10. Sa détermination a été prouvée par le fait qu'elle a tenté de poursuivre son activité à deux reprises à temps partiel. Elle estime que la condition de l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes est réalisée au vu des épisodes dépressifs récurrents d'intensité moyenne à aigüe qu'elle a présentés. A cet égard, elle se réfère notamment au rapport de la Clinique de Montana, laquelle a établi l'existence d'affections corporelles chroniques ; il existe également un processus maladif présentant une chronicité progressive continue depuis le printemps 2002. Elle offre de prouver par témoins que la maladie l'a conduite à limiter ses relations sociales à un minimum, c'est-à-dire à une sortie entre amis tous les deux ou trois mois. Elle soutient qu'une évaluation médicale est indispensable pour déterminer de manière objective et concrète le degré d'atteinte à la santé dont elle souffre.
17. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 30 août 2007, a conclu au rejet du recours.
18. Le 9 novembre 2007, la recourante a produit une liste des témoins qu'elle souhaiterait voir entendre par le Tribunal ainsi que 3 attestations :

La première émane de Madame C_____ et Monsieur D_____. Ceux-ci affirment que l'état de santé de l'assurée ne lui permet pas de mener une vie rythmée par les contraintes quotidiennes qu'implique une vie active. Ils exposent avoir connu l'assurée en 2003 et avoir alors pu apprécier son dynamisme, alors qu'elle est désormais obligée d'annuler ses rendez-vous à la dernière minute en cas de crise. La maladie a transformé la vie de leur amie.

La seconde attestation est signée de Madame E_____, qui indique avoir connu l'assurée au début de sa maladie, quand elle menait encore une vie normale. Elle affirme que les douleurs et la perte de son travail ont plongé l'assurée, qui cherche

du travail à 50 % sans succès dans le secteur de l'horlogerie, dans la solitude et la tristesse.

Monsieur F_____, ancien compagnon de la recourante, a rédigé la dernière attestation aux termes de laquelle l'état de santé de cette dernière s'est considérablement détérioré au fil du temps, les crises étant devenues de plus en plus fréquentes et les douleurs de moins en moins supportables.

19. Le Tribunal a tenu audience le 31 janvier 2008. A cette occasion, il a entendu à titre de renseignements Monsieur B_____, père de la recourante. Celui-ci a déclaré que sa fille souffrait depuis toute jeune de douleurs inexplicables. Pour sa part, ce n'est que durant l'été 2007, lorsqu'il a passé quelques semaines avec sa fille, qu'il a réellement pris conscience des conséquences de la maladie; il a alors été choqué de voir que celle-ci dormait énormément durant la journée.

Monsieur G_____, compagnon de la recourante depuis 2006, a également été entendu. Il a précisé que son amie dort énormément, passe le plus clair de ses journées au lit et qu'ils ont peu d'activités. Il sort d'ailleurs fréquemment seul en raison des douleurs qu'elle éprouve; celles-ci interfèrent d'ailleurs avec leur vie intime. Le témoin a mentionné que sa compagne a retrouvé un emploi à 80 % depuis octobre 2007, précisant que ce taux d'occupation est aménageable du fait de la compréhension de l'employeur et que la vie quotidienne est encore rendue plus difficile par le fait que sa compagne, épuisée par l'effort fourni, doit dormir encore plus qu'auparavant pour essayer de récupérer; c'est donc lui qui s'occupe de l'appartement et assume toutes les tâches ménagères. Le témoin a émis des doutes quant à la capacité de sa compagne de maintenir un taux d'occupation de 80 % à long terme.

Quant à la recourante, elle a confirmé avoir été engagée à 80% par l'entreprise Y_____ SA. Selon elle, il est exclu pour elle de travailler à plein temps compte tenu de son état. La recourante a indiqué être satisfaite par son activité, raison pour laquelle elle a retiré ses conclusions tendant à l'octroi d'une mesure de reconversion professionnelle. En revanche, elle a maintenu sa demande visant à l'obtention d'un quart de rente au moins, vu la perte de salaire qui est la sienne. Elle soutient que le gain qu'elle réalise actuellement doit être retenu comme revenu d'invalidé, car il correspond à ce que l'on peut exiger d'elle. Par ailleurs, la recourante a expliqué qu'elle conteste le rapport du SMR principalement sur les points suivants : l'absence de perte d'intégration sociale, la motivation de son premier séjour à la Clinique de Montana - c'était en réalité pour dépression -, ou encore le fait qu'elle ne puisse rester assise plus de 15 minutes - car, dans de bonnes conditions, elle peut conserver une position statique deux heures. Elle a ajouté que si elle ne portait pas son attelle le jour de l'examen, c'est parce qu'elle n'a pu la faire entrer dans la voiture. En bref, elle a exposé que le rapport contenait de nombreuses imprécisions quant à ses propos.

Monsieur F_____, entendu en qualité de témoin, a exposé avoir été le compagnon de la recourante de 2000 à 2003. Il a témoigné qu'au fil du temps, elle a dû réduire le nombre de ses sorties. Il a pu constater une sorte de repli sur soi, ce qui a sans doute contribué à mettre fin à leur relation.

Madame E_____ a quant à elle confirmé le contenu de son témoignage écrit, précisant qu'il est fréquent que l'assurée doive se désister au dernier moment parce qu'elle est « au fond du lit ». Le témoin a cité, à titre d'exemple, le fait qu'il leur a pour le moment été impossible de se voir pour fêter Noël avec les enfants. Le témoin a pu observer que le moral de son amie est meilleur depuis qu'elle a retrouvé un emploi, mais que sa fatigue a augmenté.

Madame H_____, également atteinte de fibromyalgie, a expliqué avoir fait la connaissance de la recourante en août 2007 à la Clinique genevoise de Montana; elle dit avoir prodigué divers conseils à l'intéressée en vue de « faire avec » la maladie. Selon elle, la reprise d'une activité professionnelle a été bénéfique à l'assurée, mais cette dernière est depuis lors nettement plus fatiguée, selon les propres constatations du témoin. Quant aux relations sociales de l'intéressée, le témoin a fait remarquer qu'elles sont forcément réduites par la maladie. Personnellement, elle voit la recourante de temps en temps; lorsqu'elles se sentent trop mal, elles se téléphonent.

Enfin, le Tribunal a entendu Madame C_____ qui a confirmé le contenu de son témoignage écrit. Le témoin a expliqué que lorsqu'elle a fait la connaissance de la recourante, il y a cinq ans, cette dernière était très dynamique et active; quand les premiers symptômes de la maladie sont devenus visibles, le témoin a constaté un repli sur soi de la part de son amie, qui a commencé à se montrer réticente à l'idée de sortir; elle se désistait fréquemment à la dernière minute, de sorte qu'elle voyait beaucoup moins ses amis. La dernière rencontre entre le témoin et la recourante remonte d'ailleurs à quelques mois.

20. Le docteur O_____ a établi un avis en date du 27 février 2008. Il y mentionne que sa patiente présente depuis 2001 un syndrome somatoforme douloureux chronique, de type fibromyalgie et qu'un état dépressif secondaire s'y est associé, survenant sur un terrain de personnalité émotionnellement labile de type borderline, qui a conduit à plusieurs séjours à la Clinique genevoise de Montana en 2004, 2005, 2006 et 2007. Depuis la reprise du travail de sa patiente, le médecin a pu observer une amélioration du syndrome douloureux somatoforme avec notamment une diminution des crises douloureuses et une meilleure réponse au traitement médicamenteux. Toutefois, des troubles du sommeil ont nécessité une adaptation de ce traitement. Le docteur O_____ évalue la capacité de travail de sa patiente à 50- 70 %, étant précisé que l'activité doit être répartie sur la journée et atteint 6 à 7 heures au plus par jour. Selon lui, augmenter la durée de travail au-delà ne fera

qu'accentuer le syndrome douloureux et mettre en péril les chances de réinsertion sociale et professionnelle.

21. Le 31 mars 2008, l'OCAI a fait savoir au Tribunal qu'il maintenait ses conclusions et a transmis un avis de son service médical, signé de la doctoresse R_____. Selon ce médecin, la reprise d'une activité démontre que la recourante a réussi à tout mettre en œuvre pour surmonter ses douleurs, ce qui prouve que les conclusions du SMR sont parfaitement valables. Il n'y a en effet ni maladie psychique, ni maladie somatique invalidante, mais des éléments dépressifs réactionnels et ponctuels face à la souffrance d'une symptomatologie douloureuse, ce que confirme d'ailleurs le rapport du médecin traitant du 27 février 2008.
22. Copie de ces documents a été remise à la recourante et la cause 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'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) 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. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
3. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse, du 20 avril 2007, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI

consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

4. Dès lors que la recourante a expressément retiré ses conclusions relatives à l'octroi de mesures professionnelles, le litige porte exclusivement sur la question de son droit éventuel à une rente de l'assurance-invalidité.
5. En substance, la recourante estime ne pas être en mesure de travailler au-delà de son taux d'occupation actuel; elle soutient que la perte de gain qui s'en suit doit lui ouvrir droit à une rente d'invalidité. Ce faisant, elle reproche à l'intimé d'avoir considéré qu'elle ne présente pas d'affection invalidante, raison pour laquelle elle requiert, préalablement, la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Cela étant, elle ne remet pas en cause, dans leur principe, les diagnostics posés par les médecins du SMR, à savoir une fibromyalgie, des migraines sans aura et des éléments dépressifs réactionnels et ponctuels face à la souffrance d'une symptomatologie douloureuse.

6. a) 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). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 consid. 4 et les références).

c) 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.).

d) 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGa. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine

Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

8. a) En l'espèce, la décision querellée est fondée, d'un point de vue médical, sur l'examen bidisciplinaire pratiqué par les docteurs P_____ et Q_____. Leur rapport est le fruit d'une réflexion globale, tenant compte tant des plaintes de l'intéressée que des constatations cliniques et de l'ensemble du dossier médical à disposition. Les conclusions sont claires et motivées (la motivation a en outre été complétée en cours de procédure) et sont finalement corroborées par le médecin traitant lui-même. Le Tribunal de céans ne voit pas de raison de s'écarter de ce rapport, qui remplit à l'évidence les critères jurisprudentiels rappelés ci-dessus pour que lui conférée une pleine valeur probante. Bien que les inexactitudes reprochées aux médecins examinateurs par la recourante puissent sans doute apparaître à cette dernière comme étant d'une importance telle que les conclusions du rapport pourraient en être faussées, cela n'est manifestement pas le cas; les points relevés par la recourante consistent, pour la plupart, en des différences d'interprétation ou en de menus détails sans véritable impact sur les conclusions médicales (bien que ces détails revêtent, pour l'assurée elle-même, une importance significative dans sa vie quotidienne). Dans ces circonstances, il n'est donc pas utile de faire procéder à une nouvelle expertise.

Les médecins du SMR ont posé les diagnostics de fibromyalgie, migraines sans aura, éléments dépressifs réactionnels et ponctuels face à la souffrance d'une symptomatologie douloureuse (F43.21), tous sans répercussion sur la capacité de travail. Ils ont nié l'existence d'un trouble dépressif sur la base de leurs constatations cliniques, mais on tout de même retenu une pathologie du registre dépressif et n'ont pas contredit les appréciations ponctuelles faites par les médecins de la Clinique de Montana, notamment.

Aussi doit-on considérer en l'espèce que l'existence d'une comorbidité psychiatrique au trouble douloureux, au sens voulu par la jurisprudence constante, n'est pas avérée.

Quand bien même le Tribunal serait arrivé à la conclusion opposée, cela se serait révélé sans incidence sur l'issue de l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux (ou fibromyalgie, dès lors que notre Haute Cour assimile ces deux diagnostics dans le cadre de l'examen de leur caractère invalidant ; cf. ATF 132 V 65). En effet, la jurisprudence du Tribunal fédéral citée ci-dessus, fondée sur la doctrine médicale, a clairement posé le principe selon lequel les troubles d'ordre dépressif, tel que celui dont la recourante se prévaut sur la base des avis de ses médecins, ne constituent pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dès lors qu'ils sont une manifestation réactive de ce dernier (ce qui est d'ailleurs explicitement reconnu par le médecin traitant lui-même dans le cas d'espèce). Les éléments au dossier ne permettent en effet pas de considérer que les problématiques psychiques seraient intervenues avant la symptomatologie douloureuse et ce même si la recourante estime que la première hospitalisation à la Clinique de Montana était motivée par une dépression et non par la fibromyalgie. Ladite hospitalisation a eu lieu bien après que le processus douloureux a été initié. Enfin, on ne peut finalement que se réjouir, pour l'intéressée, de voir que les troubles d'ordre dépressif qualifiés de moyens par les médecins de Montana se sont quelque peu amendés, à tout le moins à la période de l'examen au SMR et certainement depuis la reprise de l'activité professionnelle en octobre 2007.

Quant aux autres diagnostics d'ordre psychiatrique figurant au dossier, les médecins du SMR ont expliqué clairement en quoi ils n'interféraient pas sur la capacité de travail, de sorte qu'il n'y a pas lieu de les discuter plus avant.

b) La reconnaissance du caractère invalidant d'une fibromyalgie (ou trouble somatoforme douloureux) peut reposer sur la réalisation d'autres critères qui doivent revêtir une intensité et une constance certaines.

En premier lieu, on trouve les affections corporelles chroniques. Il doit s'agir d'affections fondées sur un substrat organique et non de douleurs (subjectivement ressenties par la personne atteinte dans sa santé). Or, dans le cas d'espèce, il ne fait nul doute que de telles affections font défaut. Seules sont présentes, de façon

prolongée et intense, les douleurs relatées par l'intéressée et qui ne sont, au demeurant, pas remises en question. Cette seule souffrance, bien qu'elle soit évidemment très difficile à vivre, n'est pas suffisante au regard des critères sévères posés par la jurisprudence du Tribunal fédéral.

Le second facteur à examiner est celui d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable. Il est patent, dans le présent cas, que la recourante souffre de façon inchangée (les « hauts et les bas » ne sont finalement que peu significatifs à cet égard) depuis plusieurs années. La symptomatologie a effectivement débuté en 2001 et a un impact retentissant sur l'état de santé depuis plus de quatre années maintenant. Cela étant, ce critère n'est pas suffisant à lui seul pour admettre une invalidité (au sens de la LAI).

Quant à la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, quoi qu'en dise la recourante et quand bien même sa vie a été fortement perturbée par son affection malade, elle n'est pas non plus réalisée. Il a certes été établi que les crises douloureuses ont eu des conséquences sur la vie sociale de l'intéressée, mais pas dans la mesure exigée par la jurisprudence. La recourante a pu maintenir, et c'est tant mieux, un réseau d'amis et des contacts sociaux, même si les modalités d'échanges et de rencontres ne sont plus identiques à ce qui avait lieu par le passé et/ou n'ont plus la même intensité. Par ailleurs, elle a retrouvé un compagnon alors qu'elle était déjà en incapacité de travail, ce qui démontre de grandes facultés à vouloir conserver une vie sociale et affective.

L'état psychique de l'assurée n'est manifestement pas cristallisé. Les médecins du SMR font état d'une simple possibilité à cet égard en évoquant un fonctionnement particulier dans les relations. Toutefois, il apparaît clairement que l'état psychique de la recourante est susceptible de fluctuations relativement importantes et d'améliorations notables à relativement bref délai (on se réfère en particulier ici aux effets bénéfiques des divers séjours à la Clinique genevoise de Montana).

Enfin, on ne saurait constater un échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art. Comme on vient de le voir, certains d'entre eux (traitements stationnaires) ont été marqués par une réussite, même si elle n'était que temporaire. Il en va de même des traitements médicamenteux qui ne sont pas sans effet, même s'ils ne permettent pas un amendement total de la symptomatologie douloureuse. Par ailleurs, la recourante n'a pas épuisé toutes les possibilités de traitement ; elle a notamment renoncé à un suivi psychiatrique eu égard à l'absence d'effet de ce dernier. Cela étant, elle ne semble pas avoir bénéficié d'un traitement adéquat en la matière, étant donné qu'elle a consulté huit praticiens différents au cours d'une seule année et que l'on sait qu'il faut plusieurs séances, parfois sur quelques mois, avant que la relation thérapeutique qui doit se mettre en place et l'éventuelle fixation d'une médication puissent déployer tous leurs effets.

En définitive, le Tribunal de céans se doit de confirmer l'appréciation faite par les organes de l'assurance-invalidité, à savoir l'absence de pathologie (somatique ou psychiatrique) invalidante. Cette conclusion, considérée comme sévère par les médecins du SMR eux-mêmes, est imposée par les règles jurisprudentielles et n'est en aucun cas un constat de négation de la symptomatologie connue par la recourante. Au contraire, il y a lieu de relever les efforts de volonté entrepris par celle-ci, qui viennent confirmer le postulat jurisprudentiel selon lequel le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez un assuré jeune doit, en l'absence de comorbidité psychiatrique, rester exceptionnel (arrêt du Tribunal fédéral du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

9. Il suit de ce qui précède que le recours est mal fondé, de sorte qu'il sera rejeté.
10. La recourante plaidant au bénéfice de l'assistance juridique, il sera renoncé à la perception d'un émolument pour les frais de justice (art. 6 let. a du règlement sur l'assistance juridique du 13 mars 1996 ; art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à la perception de l'émolument de justice.
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

Brigitte LUSCHER

Karine STECK

La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ

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