REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2395/2006 **ATAS/632/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 31 mai 2007

En la cause

Madame D_____, domiciliée , VERNIER, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mauro POGGIA	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, GENEVE	intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Christine KOEPPEL et Violaine LANDRY-ORSA, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame D_____, née le 1963, de nationalité portugaise, a exercé la profession d'ouvrière contrôleuse visiteuse pour la société KS 22 SA depuis le 5 juin 2001. Son salaire s'élevait à 3'784 fr. par mois, soit 49'192 fr. par année.

2. Dans un rapport adressé à WINTERTHUR ASSURANCES - assurance maladie collective de l'employeur de l'intéressée - le 1er février 2003, le Dr.-. A_____ a diagnostiqué une cervicalgie droite et une adénopathie cervicale droite ainsi qu'une fibromyalgie. Il a attesté d'une totale incapacité de travail du 11 novembre 2002 au 3 février 2003 mais a ajouté qu'une amélioration de l'état de santé était intervenue et que la patiente allait tenter de reprendre le travail à 50% à partir du 3 février 2003.

3. Le même médecin a signalé, dans un rapport du 23 mars 2003, que, suite à une violente poussée douloureuse de fibromyalgie, la patiente avait dû interrompre son travail. Il a attesté d'une incapacité totale de travail à compter du 10 mars 2003.

4. Le 2 mai 2003, le Dr A_____ a signalé que l'assurée continuait à souffrir d'une très forte poussée de fibromyalgie et que toutes ses articulations étaient douloureuses.

5. Le 20 juillet 2003, ce médecin a confirmé les diagnostics de fibromyalgie et cervicalgies droites. Il y a ajouté ceux de lombalgies et état dépressif.

6. Le 20 septembre 2003, le Dr A_____ a indiqué que la poussée de fibromyalgie se poursuivait et que s'y ajoutaient des lancées douloureuses sur le bord externe des genoux.

7. Par courrier du 15 septembre 2003, WINTERTHUR ASSURANCES, constatant que l'intéressée était en incapacité de travail d'une moyenne d'au moins 40% depuis une année, lui a suggéré de déposer une demande auprès de l'assurance-invalidité.

8. Le 7 octobre 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) en invoquant une incapacité totale de travail depuis le 11 mars 2003 en raison d'une fibromyalgie et d'une dépression.

9. Dans un rapport adressé à l'OCAI le 23 octobre 2003, le Dr A_____ a confirmé les diagnostics de fibromyalgie, cervicalgies, dorso-lombalgies et état dépressif. Il a attesté d'une incapacité de travail de 100% du 11 novembre 2002 au 2 février 2003, de 50% jusqu'au 9 mars 2003 puis à nouveau de 100%. Il a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'aggravait, que sa capacité de travail ne pouvait être améliorée par des mesures médicales et que des mesures professionnelles ne lui semblaient pas indiquées.

Le médecin a indiqué qu'au début de son affection, la patiente se plaignait de douleurs à la nuque. Elle a ensuite peu à peu également souffert de douleurs aux épaules, au thorax, aux avant-bras, aux mains, au dos et aux hanches. Le diagnostic de fibromyalgie a alors été retenu. S'y ajoute un important état dépressif pour lequel la patiente est suivie par le Dr B_____.

Selon le Dr C_____, l'activité exercée jusqu'alors n'est plus exigible, pas plus qu'une autre activité.

10. Interrogé par l'OCAI, le Dr. B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué, dans un rapport daté du 31 octobre 2003, que sa patiente souffrait d'un épisode dépressif moyen (F 32.1) depuis 2002, qu'aucune particularité comportementale de nature sociale, culturelle ou familiale ne jouait de rôle dans son affection et que les troubles psychiques de l'assurée n'étaient pas réactionnels à des événements de vie adverse.

11. Le Dr. D_____, du Service médical régional AI (SMR Léman) a constaté le 8 février 2005 que les éléments médicaux objectifs manquaient au dossier pour justifier une incapacité de travail et des limitations fonctionnelles. Il a préconisé un examen par un rhumatologue et un psychiatre.

12. Le SMR Léman a établi un rapport d'examen clinique bidisciplinaire le 29 août 2005 (pce 33 OCAI). L'assurée a été examinée par le Dr. E_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et par la Drsse. F_____, psychiatre.

    Les médecins ont conclu à une fibromyalgie, un discret syndrome rotulien à droite, à une suspicion de petits kystes poplités à droite et à une dysthimie (F 34.1).

    Il ressort de leur anamnèse que l'assurée a commencé à présenter à la fin de l'année 2002 des douleurs, d'emblée importantes, centrées tout d'abord sur la région cervico-occipitale. Ces douleurs se sont rapidement étendues à la région cervico-scapulaire, aux membres supérieurs, à la région dorso-lombaire, aux fesses et aux membres inférieurs en général. La patiente a bénéficié de divers traitements médicamenteux et physo-thérapeutiques, sans effet.

    Cliniquement, elle est décrite comme ayant un état général correct. L'examen est normal. Au plan ostéo-articulaire, les médecins n'ont noté aucune limitation objective du mouvement tant au niveau rachidien qu'au niveau périphérique, aucune synovite, aucune amyotrophie qui attesterait la sous-utilisation chronique d'une articulation ou d'une autre. Il existe certes quelques douleurs insertionnelles, que l'assurée qualifie toutefois de modestes, limitées lors de l'examen à la coracoïde et à la face externe du trochanter gauche. Certes, il y a quelques crépitations annoncées comme douloureuses à la mobilisation de la rotule droite et un discret empâtement du creux poplité droit qui peut faire penser à un kyste poplité. Il n'existe toutefois

aucune amyotrophie qui pourrait évoquer une pathologie fémoro-rotulienne fonctionnellement significative. L'iconographie à disposition, surabondante, est normale.

Les médecins ont conclu à un tableau douloureux chronique évoquant une fibromyalgie, sans substrat objectif clinique ou radiologique, qui n'impose pas de limitations fonctionnelles et ne détermine aucune incapacité de travail. Ils disent n'avoir pas objectivé la symptomatologie décrite par le Dr B_____ dans son rapport du 30 octobre 2003 (à savoir une patiente tendue, au visage triste, avec diminution de l'attention et de la concentration, des troubles de la mémoire, des idées de dévalorisation, des troubles du sommeil, parfois des crises d'angoisse). Leur examen clinique psychiatrique n'a montré ni dépression majeure, ni décompensation psychotique, ni anxiété généralisée, ni troubles phobiques, ni troubles de la personnalité morbide, ni perturbations de l'environnement psychosocial ni limitations fonctionnelles psychiatriques.

Sur la base de leur observation clinique, le médecin du SMR a retenu le diagnostic de dysthymie ou dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. La Dresse F_____ a rappelé que la dysthymie n'est pas une maladie psychiatrique invalidante et a jugé que l'assurée est tout à fait capable de faire face aux exigences de la vie quotidienne. Le diagnostic d'épisode dépressif moyen posé par le psychiatre serait en rémission complète et il s'agit d'un épisode isolé qui ne représente pas une maladie psychiatrique chronique invalidante.

En l'absence d'un véritable sentiment de détresse qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, les médecins n'ont pas retenu ce diagnostic. Ils ont précisé que l'assurée n'était pas démonstrative et qu'elle mettait en avant ses plaintes somatiques sans aucun signe de souffrance objectivable pendant l'entretien.

Les médecins ont constaté une divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé. Ils ont relevé l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les divergences entre les informations fournies par l'assurée et celles ressortant de l'anamnèse, l'absence d'un trouble de la personnalité morbide et un environnement psychosocial inchangé.

Il ont conclu, en l'absence d'une pathologie psychiatrique invalidante, à une capacité de travail exigible de 100% dans toute activité. Ils ont admis que tant le Dr A_____ que le Dr B_____ avaient reconnu à l'assurée une incapacité de travail de 100% depuis le 11 novembre 2002 mais ont estimé que cette incapacité n'était justifiée ni au plan somatique ni au plan psychiatrique.

13. Par décision du 7 novembre 2005, l'OCAI a rejeté la demande de prestations. Il a considéré que les signes mis en évidence par l'examen clinique du SMR n'avaient

pas permis d'établir l'existence d'une pathologie psychiatrique préexistante ou d'une comorbidité permettant de considérer la fibromyalgie de l'assurée comme une pathologie invalidante au sens de l'assurance invalidité.

14. Par courriers des 21 novembre et 20 décembre 2005, l'assurée a formé opposition à cette décision. Elle a invoqué les avis de ses médecins traitants, les Drs B_____ et A_____, qui concluent à une totale incapacité de travail.

    L'assurée a produit un courrier du Dr B_____ daté du 6 décembre 2005 dans lequel ce dernier indique avoir constaté objectivement une baisse de la thymie, une diminution de l'élan vital**,** une morosité vis-à-vis de l'avenir, une diminution du plaisir dans les activités habituellement agréables de la vie quotidienne, des idées de dévalorisation et d'inutilité, un ralentissement psychomoteur modéré, de l'angoisse épisodique avec constriction thoracique, une perte importante de l'estime de soi, des difficultés de concentration et d'attention, une diminution marquée de la libido, une fatigabilité accrue ainsi qu'une irritabilité importante accompagnée parfois de réactions impulsives. Le médecin a confirmé son diagnostic d'épisode dépressif moyen. Il a constaté que la description clinique donnée par le SMR était très éloignée de la sienne.

    Quant au Dr A_____, il a indiqué, dans un courrier daté du 19 décembre 2005, que l'examen physique montrait les points douloureux typiques de la fibromyalgie, que sa patiente souffrait de douleurs aux articulations de la nuque, des épaules, des hanches et de toute la colonne, que ses douleurs variaient beaucoup d'un jour à l'autre, ce qui était normal dans le cadre de cette affection, qu'elle souffrait également de troubles très souvent associés à la fibromyalgie : colopathie, vessie irritable et céphalées. Le médecin s'est par ailleurs étonné que son confrère du SMR, bien qu'il ait décrit les troubles typiques d'une fibromyalgie dans son rapport, n'en ait absolument pas tenu compte. Il fait remarquer qu'il est normal que les radiographies ne soient pas significatives, que les douleurs ressenties par les patients atteints de fibromyalgie varient d'un jour à l'autre et qu'il est donc possible que sa patiente ait ressenti des douleurs légères lors de l'examen par son confrère, tout en ayant pu souffrir énormément le lendemain. Il a estimé le jugement de son confrère "un peu léger".

15. Par décision sur opposition du 1er juin 2006, l'OCAI a confirmé sa décision du 7 novembre 2005. En substance, il s'est référé aux conclusions de l'examen bidisciplinaire du SMR et a retenu que l'assurée ne souffrait que d'une dysthymie, laquelle ne constituait pas une maladie psychiatrique invalidante. Par ailleurs, il a relevé que les critères jurisprudentiels permettant de reconnaître un caractère invalidant à la fibromyalgie n'étaient pas remplis dans la mesure où la vie sociale de l'assurée était normale, où aucun substrat objectif n'avait pu être mis en évidence et où il avait été constaté une nette discordance entre les douleurs exprimées et le comportement observé.

16. Par courrier du 30 juin 2006, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle a demandé l'audition de ses médecins traitants, les Drs A_____ et B_____, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire confiée à un rhumatologue FMH et un psychiatre FMH. Quant au fond, elle a demandé qu'il lui soit reconnu un degré d'invalidité de 100%.

    La recourante allègue que les médecins du SMR n'ont pratiqué qu'un seul examen ponctuel alors que son psychiatre traitant la suit depuis 2003. Elle conteste la valeur probante de l'examen clinique pratiqué par le SMR et en veut pour preuve la nette divergence qui existe entre ce dernier et les avis des deux médecins traitants de la patiente, lesquels sont concordants en tous points. Elle allègue souffrir d'un épisode dépressif moyen depuis 2002, d'une nette perte d'intégration sociale, d'une tendance à l'isolement qui lui fait perdre progressivement ses amis, et conclut ne pas disposer des ressources psychiques qui lui permettraient de surmonter ses douleurs. La recourante souligne que l'examen du SMR ne s'est déroulé que sur quelques heures et en une seule séance alors que ses médecins traitants la suivent depuis plusieurs années. Elle demande dès lors qu'il soit procédé à une expertise judiciaire afin d'établir les faits.

    A l'appui de son recours, l'assurée a également produit un courrier émanant du Dr B_____ le 21 juin 2006 dans lequel il confirme qu l'assurée souffre d'un épisode dépressif moyen depuis 2002, que sa symptomatologie au niveau psychique est inchangée, qu'il y a une nette perte d'intégration sociale (une tendance à l'isolement lui a fait perdre progressivement ses amis, elle sort peu de chez elle et elle se sent dévalorisée même au niveau de son ménage), que les traitement prodigués n'ont pas permis d'améliorer la situation clinique de la patiente qui a toujours eu une attitude coopérative face au traitement. Il dit ne pas avoir constaté de tendance à l'exagération des symptômes de la patiente et conclut que cette dernière ne dispose pas des ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs.

17. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 24 juillet 2006, a conclu au rejet du recours. Il relève que quoi qu'il en soit, selon la jurisprudence, les états dépressifs constituant des manifestations réactives d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé. Il soutient que le fait que les conclusions des médecins traitants de l'assurée et celles des médecins du SMR sont divergentes ne saurait suffire à nier la valeur probante au rapport d'examen bidisciplinaire et s'oppose à la mise sur pied d'une nouvelle expertise, estimant que cette dernière ne se justifierait absolument pas.

18. Dans sa réplique du 3 août 2006, l'assurée a maintenu sa position et continué à demander la mise sur pied d'une expertise en faisant valoir que l'avis médical du psychiatre est particulièrement pertinent pour la solution du litige.

19. Par courrier du 4 septembre 2006, l'OCAI a maintenu sa position.

20. Des audiences d'enquêtes ont eu lieu le 2 novembre 2006.

    Le Dr A_____, médecin traitant de l'assurée depuis la fin de l'année 2002, a confirmé le diagnostic de fibromyalgie et a qualifié cette dernière de sévère. Il n'a pas pu indiquer précisément le nombre de points douloureux à la palpation mais s'est montré formel quant au diagnostic, affirmant que onze points au moins étaient réunis.

    A ce diagnostic, il a ajouté ceux des troubles associés : troubles digestifs ou urinaires et raideur des membres le matin.

    S'agissant de l'état psychique de sa patiente, le Dr A_____ a indiqué qu'elle déprimait, ce qui était compréhensible dans sa situation, puisque les douleurs durent maintenant depuis plusieurs années et ne sont pas vraiment objectivables. Selon lui, l'état psychique de la patiente fluctue au gré des douleurs. Il y a ainsi eu des périodes pendant lesquelles elle a eu des idées suicidaires, d'autres où elle s'est reprise à espérer.

    Le Dr A_____ a confirmé la teneur de son courrier du 19 décembre 2005 au conseil de l'assurée. Il s'est étonné qu'un expert puisse émettre un avis après avoir vu la patiente une à deux heures seulement, étant rappelé que les douleurs fluctuent d'un jour à l'autre. Le témoin a ajouté que le fait que sa patiente ne soit pas particulièrement expressive ne signifiait pas pour autant qu'elle ne souffrait pas.

    Quant à son intégration sociale, il n'a pu se prononcer. De manière générale, il a expliqué que les patients atteints de cette maladie ont tendance à se replier sur soi. Il a relevé que, dans le rapport du SMR, il était mentionné que la patiente passait ses journées couchée et ne se levait que pour manger, laissant à son mari le soin de préparer le repas. Il s'est étonné que l'on puisse en tirer la conclusion qu'elle avait une vie sociale normale.

21. Le Dr B_____, également entendu ce jour-là, a indiqué au Tribunal de céans qu'il suit la patiente de manière régulière depuis 2003. Il a posé les diagnostics suivants : fibromyalgie, arthrose et épisode dépressif moyen, précisant que ce dernier avait évolué en dents de scie mais sans changement significatif.

    Il a expliqué qu'auparavant, l'assurée l'avait déjà consulté, de manière épisodique, depuis 1994 car elle était déjà de nature anxieuse à l'époque. Le médecin a cependant indiqué que la dépression était postérieure à la fibromyalgie, précisant toutefois qu'à son avis, cette dépression n'était qu'en partie réactive à la maladie.

    Selon le témoin, l'état psychique de la patiente est cristallisé.

Selon lui, des mesures d'observations en atelier protégé seraient bienvenues pour évaluer précisément la capacité résiduelle de travail. Pour sa part, il a indiqué qu'il doutait qu'il y ait une grande capacité résiduelle de travail.

Il a expliqué par ailleurs que l'aggravation importante mentionnée dans son courrier du 6 décembre 2005 ressortait de l'anamnèse et des renseignements fournis par la patiente. Il a ajouté qu'il n'avait pas constaté de discordance entre les déclarations de cette dernière et ses constatations objectives.

Le Dr B_____ a admis que les conclusions du SMR étaient très différentes des siennes. Il a expliqué qu'il pouvait être difficile, en ne voyant un patient qu'à une ou deux reprises, de se faire une idée de la complexité d'un problème et que c'était là toute la difficulté des expertises en général.

Le Dr B_____ a confirmé la teneur de son courrier du 21 juin 2006. S'agissant de la perte d'intégration sociale de la patiente, il a indiqué qu'il y avait eu un éloignement de la patiente par rapport à ses amis, que par ailleurs, elle vivait un peu en vase clos, ce qui s'expliquait partiellement par l'émigration mais surtout, à son avis, par la maladie. Il a ajouté qu'il avait également pu constater chez elle un sentiment de dévalorisation dû au fait qu'elle souffre de ne plus trouver la force de faire son ménage et que ses rapports avec son mari sont devenus plus difficiles.

Le Dr B_____ a exprimé l'avis que, compte tenu de sa fatigue et de son état d'épuisement, de son manque d'énergie, la patiente n'était pas à même de surmonter son état.

22. Par courrier du 17 novembre 2006, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle répète que les conclusions de ses médecins traitants, qui la suivent depuis longtemps, doivent être préférées à celles du SMR et ajoute que l'avis des médecins du SMR, vu le rapport de subordination de ces derniers avec l'OCAI, ne vaut pas expertise. Elle conclut à ce qu'une "véritable expertise" soit mise sur pied.

23. Quant à l'intimé, il a également maintenu sa position, faisant au surplus remarquer que le Dr B_____ avait parlé d'évolution en dents de scie, ce qui excluait l'était psychique cristallisé, que compte tenu de la situation sociale, telle que décrite, on ne pouvait admettre une perte d'intégration sociale, qu'il n'y avait pas non plus de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable et que l'épuisement de l'assurée ne permettait pas d'admettre à lui seul que l'affection ou ses effets ne pourrait être surmontés.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal de céans connaît en instance unique des contestations prévues par l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) 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 des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 1er juin 2006 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

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

4. a) Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre la recourante sont invalidantes et ouvrent, le cas échéant, droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

   b) Aux termes de l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également l'art. 8 LPGA).

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

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

posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret.

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

Le TFA 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 a 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 l'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 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) (cf. ATFA précité I 336/04, consid. 4.2.1 et 4.2.2). Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

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 (ATFA précité I 336/04, consid. 4.3).

c) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

S'agissant de la valeur probante 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb et cc).

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, 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

6. En l'occurrence, se trouvent au dossier, outre les rapports des médecins traitants, un rapport d'examen bidisciplinaire du SMR. Il convient de vérifier si ces différents rapports permettent de renverser la présomption selon laquelle la fibromyalgie dont est atteinte l'assurée ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible.

   La recourante nie que le rapport d'examen du SMR puisse se voir conférer la valeur probante d'une expertise.

   Le TFA a admis que les rapports médicaux du SMR peuvent constituer un moyen de preuve dans le cadre de l'examen du droit aux prestations AI, précisant cependant que si une autorité judiciaire, cantonale ou fédérale, enjoint à un office AI de procéder à une "expertise psychiatrique", il ne peut s'agir que d'une expertise administrative, c'est-à-dire d'une expertise ordonnée par l'administration auprès de médecins ou d'une institution indépendants des parties en présence (MEYER-BLASER, Das medizinische Gutachten aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht, in : Die neurologische Begutachtung, Zurich 2004, p. 99). Le TFA a jugé que des raisons évidentes d'égalité entre les parties empêchent en effet que l'administration, dont la décision a été annulée par l'autorité judiciaire et à laquelle la cause a été renvoyée pour expertise, se tourne pour ce faire vers des médecins qui lui sont liés d'un point de vue institutionnel ou par contrat de travail. Dès lors que le SMR fait partie des services médicaux régionaux mis en place et exploités par les offices AI (cf. art. 69 aRAI et 47 RAI) et sur lesquels l'OFAS exerce une surveillance matérielle directe (art. 50 RAI), le rapport qu'il a établi ne saurait être assimilé à une expertise administrative. Il en irait autrement si l'autorité judiciaire se contentait d'ordonner, sans autres précisions, un complément d'instruction, laissant ainsi à l'administration toute latitude dans le choix des mesures à prendre (I 694/05 du 15 décembre 2006 consid. 5).

   En l'espèce, si le rapport d'examen du SMR ne peut donc se voir reconnaître la même valeur qu'une expertise, il n'en demeure pas moins qu'il conserve une valeur probante non négligeable s'il répond aux critères posés par la jurisprudence à cet égard et que l'avis du médecin traitant doit être, ainsi que rappelé plus haut,

examiné en tenant compte du fait que, selon l'expérience, il 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.

En l'espèce, les médecins traitants concluent à l'inexigibilité d'une quelconque activité lucrative, alors que les médecins du SMR concluent au contraire à une capacité de travail entière.

Il y a lieu de vérifier en premier lieu la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. C'est sur ce point que les avis divergent le plus puisque le psychiatre traitant conclu à un épisode dépressif moyen alors que le médecin du SMR ne retient qu'une dysthymie. Quoi qu'il en soit, même si l'on admet, avec le médecin traitant, un épisode dépressif moyen, celui-ci ne saurait constituer une comorbidité suffisante au sens de la jurisprudence dans la mesure où il est survenu postérieurement à la fibromyalgie et est - au moins en partie - réactif à cette dernière. En effet, selon la jurisprudence, lorsqu'un trouble dépressif accompagne un trouble somatoforme douloureux et qu'il apparaît comme une réaction à celui-ci, il ne constitue pas une affection autonome, distincte du syndrome douloureux psychogène, au sens d'une comorbidité psychiatrique manifeste d'une acuité et d'une durée importantes (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence à MEYER-BLASER, op. cit., p. 81 et la note 135).

Il faut donc nier l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisantes au sens de la jurisprudence pour reconnaître un caractère invalidant à la fibromyalgie de la recourante et ce, même si l'on retient l'avis de son psychiatre traitant. Une expertise supplémentaire sur ce point n'a donc pas lieu d'être.

Se pose dès lors la question de la réalisation éventuelle d'autres critères dont le cumul permet d'admettre le caractère invalidant de la fibromyalgie.

A l'examen des différents rapports, on ne voit pas que la recourante réunisse en sa personne les critères jurisprudentiels susceptibles de fonder un pronostic défavorable quant à l'exigibilité, au plan psychique, d'une reprise de l'activité professionnelle. D'une part, l'existence d'affections corporelles chroniques n'a pas été établie, puisqu'il n'a été fait état d'aucune limitation objective sur le plan somatique (ATFA non publié du 12 juin 2006 I 317/05 consid. 5.2). Les médecins du SMR ont estimé que l'assurée ne subissait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Il y a lieu de les suivre sur ce point. On ne saurait déduire du fait que son époux se charge des repas et qu'il lui arrive de se coucher dans la journée qu'il y a perte d'intégration sociale comme le fait le médecin traitant. L'assurée a néanmoins conservé un cercle d'amis, même s'il s'est restreint et est entourée de sa famille. On ne saurait davantage conclure à l'existence

d'un état psychique cristallisé puisque, selon son médecin traitant lui-même, son état psychique évolue en dents de scie.

Dès lors, compte tenu de la jurisprudence, très stricte en la matière, il y a lieu de nier tout caractère invalidant - du point de vue de l'assurance-invalidité - à la fibromyalgie de la recourante.

5. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La présidente
Janine BOFFI	Karine STECK

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