RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2580/2006 **ATAS/1026/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 14 novembre 2006

En la cause

Madame C_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître FOREST Claudette	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97 à GENEVE	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Karine STECK et Maya CRAMER, Juges

EN FAIT

1. Madame C_____, née le 1959, d'origine portugaise, est venue en Suisse en février 1986. Elle a travaillé auprès de la société X_____ SA comme employée d'entretien depuis le 1er juillet 1995. Elle a cessé toute activité lucrative depuis le 7 février 2003 pour des raisons de santé.

2. Elle a déposé une demande auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) le 29 octobre 2003, visant à l'octroi d'une rente d'invalidité, au motif qu'elle souffrait de maux importants dans tout le corps, l'empêchant de dormir ou de rester longtemps dans la même position, de migraines, de vertiges et d'une grande fatigue.

3. Dans un rapport adressé à l'OCAI le 9 janvier 2004, le Dr A_____, médecin traitant, a indiqué que sa patiente souffrait d'une dépression majeure résistante au traitement depuis 1997, d'une fibromyalgie invalidante, de troubles statiques et dégénératifs du rachis, et du syndrome du tunnel carpien bilatéral (opéré à gauche). Il la considère comme étant incapable de travailler à 100% depuis le 7 février 2003, étant précisé que c'est surtout l'état dépressif persistant qui domine actuellement le tableau clinique.

4. Le Dr A_____ a joint à son rapport un courrier que lui avait adressé le Dr B_____, spécialiste FMH en rhumatologie, le 17 octobre 2002, aux termes duquel l'assurée présentait un tableau de fibromyalgie avec quatorze points douloureux sur dix-huit, souffrait d'insomnie et d'un état dépressif "qui me paraît évident". Le Dr B_____ indiquait qu'il avait été frappé par les images ostéophytaires très marquées, visibles sur les radiographies de la colonne dorsale évoquant un DISCH, qui pourraient expliquer la présence de douleurs vertébrales sensibles aux anti-inflammatoires mais certainement pas l'ensemble du tableau clinique.

5. Le Dr C_____, médecin psychiatre traitant, a dans son rapport du 22 janvier 2004, posé les diagnostics d'épisode dépressif majeur en rémission et de fibromyalgie. Il estime l'incapacité de travail à 50%, étant précisé que l'état de santé s'améliore. Il relève toutefois que la patiente considère qu'elle ne peut pas travailler du tout.

6. Le Dr D_____, spécialiste FMH en psychiatrie, mandaté par la caisse-maladie de l'assurée, HERMES, a établi un rapport d'expertise le 26 mai 2004. Le médecin relate que lors de l'entretien d'expertise, l'assurée ne présentait plus de symptômes dépressifs, était détendue, souriante et capable de rire, tout en disant avoir des douleurs diffuses : lombaires, cervicales, au bras droit…; il a ainsi considéré qu'il "existe manifestement une exagération de la part subjective des sensations douloureuses. Bénéfices secondaires importants avec famille qui

l'entoure et évitement de retourner dans un monde professionnel moins favorable que par le passé". Il considère que l'assurée peut travailler à 100% à compter du 1er juin 2004.

7. Par décision du 16 mars 2005, l'Office cantonal de l'emploi a déclaré l'assurée inapte au placement et lui a nié le droit aux prestations de l'assurance-chômage dès le 3 janvier 2005.

8. L'assurée a été soumise à un examen bidisciplinaire rhumato-psychiatrique au Service médical régional AI (SMR). Elle a ainsi été examinée par la Dresse E_____, médecine physique et rééducation, et par le Dr F_____, psychiatre, le 20 décembre 2005, et un rapport a été établi le 23 mars 2006. Les médecins ont diagnostiqué des troubles statiques et dégénératifs légers à modérés avec ostéophyte intra-canalaire en contact avec la racine émergente S1 gauche. Ils ont également mis en évidence une fibromyalgie (dix-huit points douloureux sur dix-huit), toutefois sans répercussion sur la capacité de travail. Ils n'ont rien relevé sur le plan psychiatrique. Ils ont constaté que l'assurée présentait depuis plusieurs années des douleurs articulaires diffuses qui ne l'avaient cependant pas empêchée de travailler comme employée d'entretien. Suite à une lésion par débris de verre de la main gauche avec section d'un tendon du pouce opéré deux fois et surinfecté et entraînant une incapacité de travail de six mois, l'assurée avait repris son travail à 50% mais avait été licenciée pour le 31 décembre 2003 à cause de ses problèmes de santé. Le dossier radiologique confirme le léger problème statique et une discopathie protrusive L4 -L5 et L5-S1 sans hernie discale. La protrusion intra-canalaire ostéophytaire L5-S1 est en contact avec la racine émergente S1 gauche.

   Du point de vue psychiatrique, ils n'observent pas de maladie dépressive majeure en tant que maladie indépendante de la fibromyalgie. L'état de l'assurée est compatible avec un trouble anxieux et dépressif chronifié dont la sévérité n'atteint pas le degré d'une maladie dépressive majeure même de degré léger.

   En conclusion, l'assurée ne présente pas d'incapacité de travail ni sur le plan somatique ni sur le plan psychiatrique, et peut exercer une activité à 100%.

9. Par décision du 11 avril 2006, l'OCAI a informé l'assurée que sa demande de rente était rejetée.

10. L'assurée, représentée par Maître Claudette FOREST, a formé opposition. Elle conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 30 octobre 2003.

    Elle produit un certificat du Dr G_____, chirurgien, médecin traitant, daté du 18 mai 2006, aux termes duquel :

    "depuis environ six mois, je note une nette péjoration de son état, avec 18 points de fibromyalgie positifs et un état dépressif sévère, caractérisé par une envie de s'isoler

et un manque d'intégration dans la vie sociale sous toutes ses formes. Le traitement effectué reste malheureusement limité à la prise d'antidépresseurs, de physiothérapie effectuée dans l'eau, et de la prise d'AINS accompagnés de myorelaxants et de somnifères. Malheureusement, les résultats demeurent insatisfaisants et inévitablement, *l'assurée* souffre également de l'interaction médicamenteuse (étourdissements, vertiges, et nausées toute la journée). Son état psychique est cristallisé sans évolution possible sur le plan thérapeutique. Actuellement, ce sont ses douleurs et son état psychique qui constituent ses limitations physiques pour effectuer un travail quelconque et à mon avis, *l'assurée* est totalement inapte à effectuer une activité physique ou intellectuelle".

Elle verse également à la procédure un courrier du même jour de Monsieur V. A_____, psychothérapeute, attestant suivre l'assurée depuis juin 2004, pour un état dépressif important.

11. Par décision sur opposition du 15 juin 2006, l'OCAI a confirmé que l'assurée ne présentait pas d'affection invalidante au sens de l'AI et ne pouvait ainsi prétendre à l'octroi de prestations AI.

12. Le 12 juillet 2006, l'assurée a interjeté recours contre ladite décision. Se fondant sur l'attestation de Monsieur V. A_____ du 18 mai 2006, ainsi que sur le rapport du Dr G_____ du 18 mai 2006, elle affirme souffrir d'un état dépressif sévère et présenter un retrait social dans toutes les manifestations de la vie. Elle considère que sur le plan psychique le trouble anxieux et dépressif, n'étant pas en rémission partielle, a une grande influence sur le plan de sa capacité de travail. De plus, la symptomatologie dépressive n'ayant, et de loin, pas disparu, le critère relatif à l'échec des traitements conformes aux règles de l'art devrait être retenu, puisqu'elle se voit prescrire régulièrement de nouveaux traitements. Elle conclut dès lors à l'octroi d'une rente entière avec effet au 30 novembre 2003.

13. Dans son courrier du 15 août 2006, l'OCAI préavise le rejet du recours.

14. Le Dr G_____, médecin traitant depuis le 7 octobre 2004, a été entendu le 17 octobre par le Tribunal de céans. Interrogé sur une possible simulation de la part de sa patiente, le médecin a déclaré qu' "il est de mon devoir de croire mon patient lorsqu'il vient me consulter en pleurs. Mon expérience professionnelle me dicte qu'il faut prendre au sérieux les plaintes de mes patients et procéder aux investigations nécessaires. Dans le cas de l'assurée je ne pense pas que ses plaintes soient exagérées". Il a expliqué au Tribunal qu'il existait plusieurs degrés de fibromyalgie, et que celle dont est atteinte l'assurée l'empêche de travailler, même à temps partiel, parce qu' "elle n'est pas capable de fournir l'effort nécessaire". Le Dr G_____ a par ailleurs confirmé qu'il était d'accord avec le diagnostic établi par le rhumatologue du SMR.

15. Sur ce la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger le cas d'espèce est ainsi établie.

3. 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). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

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

5. Le litige porte sur le point de savoir si l'atteinte à la santé dont souffre l'assurée permet de lui reconnaître un taux d'invalidité suffisant pour justifier l'octroi de prestation AI.

6. L'art. 4 al. 1 LAI définit l'invalidité comme étant 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.

7. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il-elle est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il-elle est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il-elle est invalide à 40% au moins.

8. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible, conformément à la doctrine médicale (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

   Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).

   Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3; Ulrich MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René SCHAUFFHAUSER /Franz SCHLAURI (éd.), Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 64 sv., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. p. 81 sv.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle

sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi MEYER-BLASER, op. cit. p. 83, spéc. 87 sv.) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. consid. 2b et les références; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss).

Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés par la jurisprudence - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (ATF 130 V 352 consid.2.2.4. et les arrêts cités).

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

s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (ATF 130 V 352 consid. 2.2.5).

9. 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. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (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; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

   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).

10. En l'espèce, tant les médecins traitants que les médecins du SMR ont diagnostiqué une fibromyalgie. Leurs conclusions quant à la capacité de travail, en revanche, divergent. Les Drs A_____ et G_____ considèrent en effet que leur patiente ne peut plus exercer d'activité lucrative, le Dr C_____ qu'elle le peut à 50%, alors que les Drs D_____, E_____ et F_____ affirment que l'assurée ne présente aucune incapacité de travail ni sur le plan somatique ni sur le plan psychiatrique.

    Il y a lieu de rappeler à ce stade que lorsqu'il apprécie des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

    Au surplus, s'agissant du Dr G_____, chirurgien, il y a lieu de rappeler qu'un psychiatre est plus à même de se prononcer sur l'incapacité de travail que des troubles somatoformes douloureux ou une fibromyalgie sont susceptibles d'entraîner.

    L'examen bidisciplinaire conduit par les médecins du SMR repose sur une étude du dossier médical et radiologique. Il se fonde sur un examen clinique complet et prend également en considération les plaintes exprimées par la recourante. Ce rapport a par ailleurs été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. Les médecins se sont exprimés sur l'évolution de l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail exigible et ont dûment motivé leurs points de vue. Leurs conclusions sont cohérentes et convaincantes, de sorte que le rapport médical remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante.

11. Le Dr F_____ n'a diagnostiqué aucun trouble du point de vue psychiatrique. Le Dr C_____, dans son rapport du 22 janvier 2004, a quant à lui retenu un épisode dépressif majeur, tout en relevant qu'il était en rémission. Cet épisode dépressif ne saurait dès lors être constitutif d'une comorbidité psychiatrique au sens de la jurisprudence. Quoi qu'il en soit, le TFA estime que les états dépressifs constituent des manifestations réactives d'accompagnement des troubles somatoformes douleurs, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356, consid. 3.3.1).

12. Se pose dès lors la question du cumul éventuel des autres critères établis par la jurisprudence. Il y a à cet égard lieu d'examiner si l'assurée en réunit plusieurs en sa

personne de manière suffisamment marquée, ce qui fonderait un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle.

Le critère relatif aux affections corporelles chroniques (1) apparaît comme réalisé, l'assurée souffrant depuis plusieurs années de troubles statiques et dégénératifs du rachis.

Elle ne subit en revanche pas une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (2). Le Dr F_____ a à cet égard relevé qu'elle n'était pas isolée, étant très entourée par sa famille.

Il y a lieu de constater que selon le Dr C_____, son état dépressif est en voie de rémission. Aussi ne saurait-on parler ni d'un état psychique cristallisé ni d'échec de traitement (3 et 4). Il apparaît ainsi que l'assurée n'a pas épuisé toutes ses ressources adaptatives.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que les troubles psychiques en cause ne se manifestent pas avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, ils excluent toute mise en valeur de sa capacité de travail. Au contraire, il y a lieu d'admettre le caractère exigible d'un effort de volonté de sa part en vue de surmonter la douleur et de se réinsérer dans un processus de travail. En l'absence de comorbidité psychiatrique, l'incapacité de travail résultant de tels troubles s'évalue en effet à la lumière de critères jurisprudentiels et non plus en regard des seules conclusions médicales dont il est dès lors possible de s'écarter.

Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis 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 par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La Présidente
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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