REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

ATAS/1119/2006

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 6 décembre 2006

En la cause A/3275/2006

Madame B_____, domiciliée , GENEVE, représentée par ASSUAS Association suisse des assurés, avenue Vibert 19, CAROUGE	recourante

contre

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

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Karine STECK et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Madame B_____, née le 1968, est portugaise et mère d'un enfant né en 1990. Elle travaille en tant qu'ouvrière dans l'entreprise X_____SA.

2. Dès le 30 avril 2004, elle est en incapacité de travail à 100% et dès le 6 octobre 2004 à 50% pour une durée indéterminée.

3. Dans sa lettre du 9 juin 2004, le Dr A_____, rhumatologue, écrit au Dr B_____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, que la patiente présente des troubles statiques modérés de son rachis avec une dysfonction sacro-iliaque à droite, ainsi qu'une fibromyalgie nette.

4. En octobre 2004, l'intéressée fait l'objet d'une expertise psychiatrique par le Dr C_____, psychiatre, à la demande de LA BALOISE ASSURANCES, assureur perte de gain en cas de maladie. Dans son rapport du 20 octobre 2004, l'expert arrive à la conclusion que l'assurée ne souffre pas de troubles psychiques. Il écarte notamment un trouble dépressif, ainsi qu'un trouble somatoforme douloureux persistant, en l'absence d'un conflit émotionnel ou d'un stress psychosocial suffisant pour retenir un tel trouble. Dans l'anamnèse, il relève une trajectoire de vie marquée par une enfance et une adolescence heureuses. Cependant, à la séparation de son mari en 2001, dont elle est aujourd'hui divorcée, l'ssurée a développé un état dépressif qui a nécessité quelques mois d'arrêt de travail et un traitement antidépresseur.

5. Dans sa lettre du 13 décembre 2004 à LA BALOISE ASSURANCES, le Dr B_____ déclare que sa patiente souffre d'un syndrome douloureux compatible avec une fibromyalgie et qu'elle est incapable de travailler actuellement à 100%. Les incapacités de travail antérieures au 30 avril 2004 n'étaient cependant pas en rapport direct avec cette pathologie, mais liées à un état dépressif réactionnel à un divorce difficile. Il sollicite en outre la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique ou un séjour à la Clinique de réadaptation de la SUVA à Sion, pour déterminer la capacité de travail de sa patiente.

6. Le 1er mars 2005, l'assurée est examinée par le Dr D_____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, à la demande de LA BALOISE ASSURANCES. Dans son rapport du 2 mars 2005, ce médecin pose les diagnostics de syndrome douloureux chronique ubiquitaire correspondant à une fibromyalgie, de signes pyramidaux d'origine indéterminée consistants en hyperréflexie diffuse avec

extension de la zone réflexogène, la présence de signes de Babinski et de Hoffmann et clonus au niveau des tendons d'Achille. Il conseille de faire évaluer l'assurée rapidement par un neurologue, notamment par la pratique d'une IRM cérébrale et éventuellement d'une ponction lombaire, dès lors que le diagnostic différentiel comprend en premier lieu une maladie démyélinisante. Au vu des anomalies constatées à l'examen neurologique, l'incapacité de travail de 50% de l'expertisée peut être cautionnée. L'expert relève en outre que l'assurée lui a semblé passablement déprimée durant l'expertise, pendant laquelle elle a souvent pleuré. Par ailleurs, elle ne présente pas de limitations fonctionnelles ostéo-articulaires objectivables.

7. Le 4 avril 2005, l'assurée est examinée par le Dr E_____, neurologue. Dans sa lettre de la même date au Dr B_____, il est fait état de ce que ce dernier a fait pratiquer une IRM cérébrale qui n'a montré aucune anomalie. Le Dr E_____ mentionne que la patiente donne l'impression d'être déprimée. Dans ses conclusions, il relève une hyperréflexie diffuse, sans signe clairement évocateur d'un syndrome pyramidal. En l'absence de symptomatologie clinique allant dans ce sens et en présence d'un examen neurologique normal et d'une IRM cérébrale, il exclut toute pathologie sous-jacente. Il pense que l'hyperréflexie diffuse peut être mise en relation avec une souffrance néonatale survenue lors de sa délivrance et que celle-ci s'inscrit dans le cadre d'un syndrome de Little fruste. Toutefois, le tableau est clairement évocateur d'un syndrome douloureux chronique auquel s'associent de nombreux éléments liés à une vulnérabilité. Il est fort probable qu'il s'y surajoute un état anxieux et dépressif.

8. Par demande reçue le 15 juin 2005, l'intéressée requiert des prestations de l'assurance-invalidité.

9. Dans son rapport du 28 juin 2005, le Dr F_____, psychiatre, pose les diagnostics d'épisode dépressif sévère, récurrent, sans caractéristiques psychotiques, de personnalité dépendante et de fibromyalgie. Il confirme l'incapacité de travail de 100% à partir du 30 avril 2004 et de 50% dès le 6 octobre 2004. L'état de santé de l'assurée s'est aggravé. Le premier épisode dépressif s'est produit en 2001 et est antérieur au syndrome douloureux. Un nouvel épisode dépressif est survenu début 2005 dans un contexte algique sans retour à l'euthymie. Dans les constatations objectives, ce médecin mentionne une asthénie psychique et physique. L'humeur triste est fortement aggravée par les douleurs et les idées noires persistent malgré une tendance à la diminution depuis une quinzaine de jours. Il n'y a actuellement pas d'idées suicidaires. Elle présente une anxiété importante, une perte d'énergie, et une difficulté à faire face à des stress d'intensité moyenne. Elle a des difficultés de concentration et de mémoire. Le sommeil et l'appétit sont également perturbés. Elle suit un traitement antidépresseur qui a été modifié et augmenté récemment, ainsi qu'une thérapie cognitivo-comportementale. Une

amélioration de la thymie est possible, compte tenu de la modification du traitement antidépresseur et de la bonne participation de la patiente à la psychothérapie.

10. Dans son rapport du 20 juin 2005, le Dr F_____ relève notamment que la symptomatologie dépressive conséquente de sa patiente n'existait visiblement pas lors de l'expertise du Dr C_____. Le Dr F_____ a vu la patiente pour la première fois le 12 mai 2005. La situation familiale et sociale actuelle est stable et la patiente fait de gros efforts pour maintenir son activité professionnelle à 50%. Le pronostic est défavorable compte tenu de la récurrence et de la comorbidité fibromyalgique. Dans un délai d'un mois, il faudrait évaluer l'impact de la modification du traitement médicamenteux et, dans un délai de six mois, celui de la psychothérapie. Pour le surplus, le Dr F_____ reprend son précédent rapport.

11. Dans son rapport médical du 6 juillet 2005, le Dr B_____ diagnostique un trouble dépressif majeur, une fibromyalgie et une intolérance à l'effort d'origine métabolique. Dans l'anamnèse, il déclare des épisodes de douleurs depuis une dizaine d'années, principalement de la ceinture scapulaire, avec importantes contractures musculaires. En mars 2004, un nouvel épisode survient qui ne réagit cette fois pas au traitement habituel. Parallèlement elle développe un syndrome dépressif de plus en plus important. Selon le bilan neurologique du Dr E_____, elle présente un syndrome d'intolérance à l'effort d'origine métabolique. Dans l'annexe à son rapport médical, ce médecin indique que l'activité exercée jusqu'à maintenant est encore exigible avec une diminution du rendement de 50%.

12. Dans son rapport d'examen du 20 avril 2006, le Service médical régional de la Suisse romande (ci-après : SMR) examine les critères jurisprudentiels permettant de reconnaître à la fibromyalgie un caractère invalidant au sens de la loi. Il estime que le diagnostic d'épisode dépressif sévère, récurrent ne correspond pas aux exigences des définitions selon la CIM-10. Par ailleurs, les autres critères jurisprudentiels ne sont pas remplis. Par conséquent, l'assurée ne subit aucune incapacité de travail au sens de la loi. Le SMR admet toutefois: "Il y a peut-être un état psychique cristallisé, l'expert psychiatre notant que l'assurée se fixe dans un statut de malade immuable et définitif."

13. Par décision du 3 mai 2006, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) refuse à l'assurée tout droit aux prestations.

14. Par courrier du 22 mai 2006 à l'OCAI, le Dr B_____ conteste l'appréciation de la capacité de travail par le SMR. Il relève que le Dr C_____ n'a vu la patiente qu'à deux reprises et à une période où les douleurs prenaient nettement le dessus sur les troubles psychologiques. Elle a par ailleurs présenté déjà en 2001 un état dépressif qui a nécessité la prescription d'antidépresseurs. Le Dr F_____ a en outre diagnostiqué un état dépressif majeur d'évolution chronique. Ces

différents éléments apparaissent au Dr B_____ suffisants pour attester d'un trouble psychologique s'étendant sur plusieurs années, lequel a été confirmé par plusieurs médecins, dont un expert. Il admet toutefois que le critère de la perte d'intégration sociale n'est pas réalisé. Cependant, les douleurs et l'état dépressif sont présents depuis des années sans rémission durable, de sorte qu'il y a lieu de considérer qu'il existe une pathologie chronique. A cet égard, il relève que l'expert psychiatre du SMR décrit un état psychique cristallisé. Il convient également d'admettre l'échec des traitements.

15. Dans son courrier du 24 mai 2006 à l'OCAI, le Dr F_____ relève que le trouble psychique a débuté en 2001 et qu'il est donc antérieur au syndrome douloureux. Par ailleurs, l'assurance perte de gain n'a jamais retenu l'expertise du Dr C_____, dès lors qu'elle a reconnu à l'assurée une incapacité de travail encore après août 2005. Le Dr F_____ confirmé l'épisode dépressif sévère, récurrent, sans caractéristiques psychotiques, d'évolution chronique, suffisamment amélioré par le traitement pour dégager une capacité de travail de 50%. Enfin, il indique que l'assurée a un ami, une famille et peut de temps en temps partir en vacances. Toutefois, après une matinée de travail, elle doit se reposer plusieurs heures et demander à son entourage d'assumer nombre de tâches qu'elle réalisait auparavant.

16. Par courrier du 7 juin 2006, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, forme opposition à la décision de l'OCAI du 3 mai 2006, en se référant au courrier précédemment adressé à l'OCAI par les Drs F_____ et B_____. Elle annexe à sa missive un courrier du 20 décembre 2004 que X_____SA lui a transmis et dans lequel cette société relève qu'elle a accepté de lui attribuer une place de travail correspondant à ses attentes, puis d'autres places, soit un poste "pièces détachées" avec position essentiellement assise et parfois debout (une semaine), un poste dans une cellule d'assemblage sur une très courte période, avec position debout la plupart du temps et assise moins souvent, et au contrôle des fuites des parties supérieures, avec position essentiellement assise. L'employée a déclaré à la société que ces différents postes d'activité ne lui convenaient pas. L'entreprise relève par ailleurs : "…elle (l'entreprise) n'est pas à même de juger de votre état de santé ou handicap qui empêcherait votre reprise d'activité à 100%. Globalement il nous est très difficile de trouver le poste de travail en adéquation à votre attente, et notre seule constatation à travers ces différentes places de travail est que votre rendement et efficacité ne sont pas à la hauteur des exigences que nous attendons de tous nos collaborateurs."

17. Par courrier du 16 juin 2006, X_____SA s'adresse directement à l'OCAI, afin de lui communiquer ce qui suit :

"Tenant compte que du côté de l'employeur, il n'a pas été constaté de signe apparent et manifeste de la maladie, il nous apparaît difficile de prendre une position favorable à cette opposition."

"Comme stipulé lors de notre correspondance du 20 décembre 2004, l'employeur en application de sa politique de santé, a essayé de positionner Mme B_____ sur un poste de travail qui semblait mieux lui convenir avec l'espoir qu'à ce poste, elle puisse recouvrer une totale capacité de travail."

"Nous nous sommes montrés très patients avec cette collaboratrice particulièrement difficile et exigeante. Notre observation est qu'elle s'est fixée dans un statut de maladie que nous ne savons reconnaître ni par ailleurs ses plus proches collègues de travail".

"Nous rajouterons que sa combativité et sa ténacité hors norme démontrée tant auprès de vos services, qu'auprès des prestataires d'assurance, et au sein de l'entreprise pour obtenir une réduction d'activité avec compensation financière par une quelconque institution sociale témoignent d'une volonté peu commune avec un état dépressif."

18. Par décision sur opposition du 6 juillet 2006, l'OCAI rejette celle-ci, en persistant à considérer que l'assurée ne présente pas une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. L'OCAI relève à cet égard que l'état dépressif existe depuis début 2005, et que, selon la doctrine médicale, les états dépressifs constituent des manifestations réactives d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé. Les affections corporelles chroniques dont se plaint l'assurée ne l'ont empêchée ni de maintenir une activité lucrative ni d'entretenir des contacts sociaux avec sa famille ou des amis. D'ailleurs, au dire même de l'assurée, la prise de vacances a eu un effet bénéfique sur la symptomatologie douloureuse et la thymie. Ainsi, il ne peut être admis que l'assurée a épuisé toutes ses ressources adaptatives et qu'elle subit une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique ou l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art ne peuvent non plus être retenus, dès lors que l'assurée indique se sentir soulagée par l'application de certains traitements. Ainsi, l'OCAI admet le caractère exigible d'un effort de volonté de la part de son assurée pour surmonter la douleur et se réinsérer dans un processus de travail, d'autant plus qu'elle est encore jeune.

19. Par acte posté le 8 septembre 2006, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, recourt contre cette décision, en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, sous suite de dépens. Elle relève notamment qu'elle a subi une sérieuse dépression en 2001, résultant de l'accumulation d'incessantes crises conjugales graves qui ont

finalement abouti au divorce en 2003. Les dix dernières années avec son mari étaient un enfer. Dès 2001, elle a été ainsi plusieurs fois en arrêt de travail. A l'appui de ses dires, elle joint une attestation du Dr B_____ du 30 août 2006, selon laquelle elle a présenté un arrêt de travail à 100% du 23 avril au 27 mai 2001 pour un état dépressivo-anxieux, de 50% du 28 mai au 2 juillet 2001, de 100% du 15 au 24 mars 2002 pour un état grippal, du 3 juin au 14 juillet 2002 pour des douleurs cervicales et dorsales, de 50% du 15 au 21 juillet 2002, de 100% du 20 au 24 novembre 2002 en raison d'une tension nerveuse importante, de 100% du 6 au 16 mars 2003 pour un état grippal, de 100% du 19 au 26 octobre 2003 pour des douleurs cervicales et lombaires, de 50% du 27 octobre au 10 novembre 2003, puis dès le 30 avril 2004 pour une durée indéterminée, d'abord à 100% puis à 50%. La recourante s'étonne par ailleurs que la décision attaquée ne fasse aucune allusion au courrier du Dr B_____ du 15 novembre 2004 attestant notamment que les douleurs rhumatismales et sa fatigue ne sont pas feintes et ne permettent que difficilement faire face à une activité professionnelle à temps partiel. Les difficultés de productivité professionnelle sont par ailleurs connues par l'intimée et attestées par l'employeur. Elle estime ainsi arbitraire de retenir qu'elle ne présente aucune atteinte à la santé ayant valeur de maladie au sens de la loi .

20. Dans sa réponse au recours du 21 septembre 2006, l'OCAI conclut au rejet de celui-ci en se référant, pour la motivation, à sa décision sur opposition.

21. Le 13 octobre 2006, la recourante conclut à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Elle relève qu'il existe des états dépressifs qui de par leur intensité relèvent de la maladie entraînant une incapacité de gain. Elle estime qu'elle présente une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante dès lors qu'elle souffre d'une dépression chronique depuis plus de cinq ans en dépit d'efforts intenses pour rester intégrée dans le monde du travail. Par ailleurs, elle remplit au moins deux des critères posés par la jurisprudence pour admettre une exception au principe de l'effort exigible de la personne atteinte d'un trouble somatoforme douloureux pour reprendre une activité lucrative, à savoir l'existence d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable et l'échec des traitements entrepris et suivis. Il n'y a pas d'espoir d'amélioration dans un proche avenir et l'état maladif empêche l'assurée d'exercer une activité professionnelle à plein-temps. Elle estime ainsi qu'elle présente une maladie comportant des éléments caractérisant la notion d'invalidité telle que définie par la loi.

22. A l'appui de ses écritures, la recourante annexe une attestation du 29 septembre 2006 du Dr F_____. Ce médecin déclare que, nonobstant des efforts constants, sa patiente a été confrontée à une perte d'intégration sociale, ayant dû diminuer son taux d'activité professionnelle et accepter une disqualification de ses tâches en fonction de ses états de fatigue récurrents et de la perte de concentration qui les a accompagnés. La thymie s'est péjorée progressivement, d'abord de façon fluctuante à partir d'avril 2004, puis avec une péjoration de la symptomatologie,

impliquant un maximum d'intensité et d'idées suicidaires durant la période mars-juin 2005. Par la suite, il y a eu une amélioration partielle de l'état dépressif, mais sans qu'on puisse constater un retour de l'euthymie. L'état dépressif se chronifie. Malgré un traitement bien conduit, la capacité de travail est de 50%. L'intensité et la constance de l'atteinte à la santé font considérer le Dr F_____ que sa patiente est objectivement limitée dans sa capacité de travail. Il ne saurait non plus être objecté qu'elle ne fait pas l'effort de volonté raisonnablement exigible. Au contraire, elle s'est efforcée dans toute la mesure du possible de conserver une activité salariée et ainsi de ne pas s'exposer à une perte d'intégration sociale. Un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans aucune rémission durable, doit être retenu à l'évidence, selon ce médecin.

23. Sur ce, la cause a été retenue 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 fédérale 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 du cas d'espèce est ainsi établie.

3. Le recours ayant été déposé dans les forme et délai imposés par la loi, il est recevable en vertu des art. 56ss LPGA.

4. 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge 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'assurée (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

   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 et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; ATFA du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2).

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

6. 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).

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).

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

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

   Le Tribunal fédéral des assurances a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 354 et 131 V 50), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés

comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.2).

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

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).

8. En l'occurrence, la recourante souffre d'une fibromyalgie, d'une intolérance à l'effort d'origine métabolique et d'un trouble dépressif majeur. Cela étant, il

convient de déterminer si ces atteintes à la santé ont valeur de maladie au sens de la LAI, en application de la jurisprudence précitée.

En premier lieu, il convient de déterminer si la recourante présente une comorbidité psychique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Un état dépressif majeur peut certes constituer une telle comorbidité (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1). Cependant en l'occurrence, il est établi et admis par des médecins, y compris le Dr F_____, que le premier épisode dépressif, survenu en réaction aux problèmes conjugaux de la recourante en 2001, a été résolutif. Il ne saurait dès lors être retenu que l'état dépressif existe depuis cinq ans. Au contraire, un nouvel épisode a débuté en 2005 et ceci dans un contexte algique, comme l'atteste le Dr F_____ dans son rapport du 28 juin 2005, ainsi que le Dr B_____ dans son rapport du 6 juillet 2006. Cette affection ne peut par ailleurs à elle seule être considérée comme invalidante, dès lors que la recourante est essentiellement handicapée dans son travail par les douleurs et non pas par son état psychique. Il convient de relever également à cet égard que sa dysthymie reste assez discrète. En effet, l'employeur a déclaré, dans son courrier du 16 juin 2006, qu'il n'a constaté aucun signe apparent ou manifeste de maladie. Au contraire, il est étonné par la combativité et la ténacité hors du commun de la recourante, ce qui paraît peu compatible avec un état dépressif majeur. A cela s'ajoute que, selon la jurisprudence, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux ou une fibromyalgie, s'agissant de manifestations réactives. Or, en l'occurrence, un état dépressif s'est installé, après le premier épisode dépressif en 2001, seulement en réaction aux douleurs. Au moment de l'expertise du Dr C_____ du 20 octobre 2004, la recourante a notamment déclaré ne pas être déprimée. Il est également à relever que le Dr F_____ ne suit la patiente que depuis le 12 mai 2005 et qu'il ne l'a donc pas connue lorsque la symptomatologie douloureuse correspondant à une fibromyalgie a apparu. Le Tribunal de céans estime ainsi que l'état dépressif ne peut en l'occurrence être retenu comme une comorbidité psychique importante à la fibromyalgie.

Quant aux autres critères, la recourante ne souffre pas d'affections corporelles chroniques autres que celle de la fibromyalgie. Certes, le Dr B_____ a attesté une intolérance à l'effort d'origine métabolique. Cependant, ce problème de santé existe apparemment depuis longue date et n'a pas empêche la recourante de travailler, avant l'apparition de la fibromyalgie. Il convient toutefois d'admettre un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable. Les médecins reconnaissent par ailleurs que la recourante ne subit pas une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, dans la mesure où elle est bien entourée par sa famille et un ami. On ne saurait non plus retenir un état psychique cristallisé, en l'absence d'événements de la vie adverses, à l'exception des difficultés conjugales de la recourante ayant conduit à une dépression en 2001. Au contraire, le Dr C_____ constate une trajectoire de vie marquée par une enfance et adolescence heureuses.

Seul un critère jurisprudentiel étant rempli, il ne peut être reconnu en l'occurrence une valeur de maladie à la fibromyalgie, d'autant moins que l'assurée est encore jeune.

9. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

10. Depuis le 1er juillet 2006, la procédure de recours n'est plus gratuite (cf art. 69 al. 1bis LAI). Cela étant, la recourante qui succombe sera condamnée à un émolument de justice de 200 fr.

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. Condamne la recourante à un émolument de 200 fr.

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

Claire CHAVANNES Maya CRAMER

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