

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/343/2007

ATAS/611/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 29 mai 2007

En la cause

Madame D_____, domiciliée , PETIT-LANCY - GENEVE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
BERGMANN Michel

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame D_____, née le 1952, cuisinière, travaillant en dernier lieu comme employée de service "operating" chez X_____, a fait un faux-mouvement le 23 mai 2002 en portant une caisse de bouteilles. Elle a cessé de travailler depuis le 10 juin 2002.
2. La SUVA a refusé de prendre en charge les conséquences de ce faux-mouvement, considérant qu'elle n'avait pas été victime d'un accident au sens de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA).
3. L'assurée a déposé auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) une demande visant à la prise en charge d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession et à l'octroi d'une rente le 4 juin 2003.
4. Dans un rapport adressé le 29 août 2003 à l'OCAI, le Dr A_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, qui a pratiqué les deux interventions nécessitées par la pose de prothèses en titane au niveau des cervicales les 3 octobre et 3 novembre 2002 (décompression selon Cloward et mise en place d'un disque artificiel), a posé le diagnostic de cervicobrachialgie C6 droite sur hernie discale C5-C6. Il a indiqué que l'activité exercée jusqu'à présent n'était plus exigible; qu'en revanche, une activité de bureau, de réceptionniste ou de caissière était envisageable à raison de six à huit heures par jour, étant précisé qu'il convenait d'éviter l'usage répété des membres supérieurs et le port de charges. Dans le rapport concernant plus particulièrement les capacités professionnelles, il a déclaré que la patiente pouvait rester assise huit heures par jour, debout huit heures par jour et garder deux heures la même position du corps.
5. Dans un rapport du 6 avril 2004, le Dresse B_____, médecin traitant, a confirmé que l'assurée souffrait depuis le 23 mai 2002 d'une volumineuse hernie C5-C6 avec cervicobrachialgie opérée en octobre 2002 (discectomie et prothèse articulaire).

Le 16 février 2005, la Dresse B_____ a indiqué que sa patiente était totalement incapable de travailler dans l'activité exercée jusqu'ici, qu'elle pouvait toutefois exercer un travail de bureau, étant précisé qu'elle pouvait rester six heures par jour en position assise, deux heures par jour en position debout et garder la même position du corps durant six heures par jour.

6. Le Dr C_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a établi un rapport le 11 avril 2005. Il n'a vu la patiente qu'une seule fois, soit le 22 mars 2005, et a posé les diagnostics de fibromyalgie et d'obésité.

7. A nouveau interrogé par l'OCAI, le Dr A _____ a, le 25 mai 2005, relevé une aggravation de l'état de santé avec des éléments de la lignée psychosomatique (fibromyalgie, anxiété, etc). Selon ce médecin, une certaine activité est encore exigible, malgré une baisse de rendement, dans une fonction appropriée, telle qu'une activité de bureau (téléphoniste, réceptionniste, accueil, caissière de cinéma, ouvreuse de théâtre, etc).
8. Le 21 novembre 2005, le Dr D _____, spécialiste FMH en psychiatrie, a indiqué que sa patiente souffrait d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis juin 2005. Il considère que sa patiente est incapable de travailler à 100%. Le pronostic est incertain en raison de l'état de santé et de l'impossibilité définitive de reprendre une vie normale.
9. Le Service de réadaptation professionnelle AI a proposé le 28 février 2006 de mettre l'assurée au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle dans le secteur tertiaire du Centre d'Intégration Professionnelle (CIP) afin de déterminer quelles étaient les activités professionnelles adaptées à ses limitations fonctionnelles. Le stage a débuté le 13 mai 2006 mais a été interrompu dès la première semaine, l'assurée ayant été mise en arrêt de travail à 100% jusqu'à fin mai 2006, par le Dr D _____.
10. Le Service de réadaptation professionnelle AI a dès lors procédé à la comparaison des gains compte tenu d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, étant à cet égard rappelé que les limitations fonctionnelles sont l'usage répété des membres supérieurs et le port de charges. Le degré d'invalidité obtenu sur la base d'un salaire sans invalidité de 45'500 fr. et d'un revenu avec invalidité de 24'854 fr. calculé avec une réduction supplémentaire de 15%, est de 54,6%.
11. L'OCAI a informé l'assurée le 30 août 2006 que le droit à une demi-rente d'invalidité lui était reconnu.

Par décision du 13 décembre 2006, l'OCAI a confirmé l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, assortie d'une rente complémentaire pour conjoint.
12. L'assurée, représentée par Maître Michel BERGMANN, a interjeté recours le 29 janvier 2007 contre ladite décision. Elle conteste le taux d'incapacité de travail de 50% retenu par l'OCAI et ne comprend pas pour quelle raison il lui a été reproché un manque de motivation pour suivre le stage d'observation. Elle conclut à l'annulation de la décision du 13 décembre 2006 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 23 mai 2003.
13. Dans sa réponse du 13 mars 2007, l'OCAI a relevé que les avis médicaux concordaient pour reconnaître à l'assurée une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Il relève que la limitation à 50% de la capacité de travail apparaît déjà comme largement généreuse dans la mesure où les médecins traitants

l'estimaient à 75%. Il rappelle enfin que les conditions résultant de la jurisprudence en matière de fibromyalgie et de trouble somatoforme douloureux ne sont dans le cas de l'assurée pas réalisées.

14. Le Dr D_____ a été entendu par le Tribunal de céans le 15 mai 2007. Il a indiqué que sa patiente le consultait depuis juillet 2005, l'OCAI lui ayant recommandé de voir un psychiatre. Il a diagnostiqué un état dépressif qualifié de moyen à sévère en juillet 2005. Cet état s'est amélioré et doit être considéré comme en rémission depuis la fin de l'été 2006. Il a précisé que dans son rapport du 21 novembre 2005, s'il avait déclaré que sa patiente était incapable de travailler à 100%, c'était en raison de ses atteintes à la santé physiques et a souligné à cet égard qu'il avait mentionné le diagnostic d'épisode dépressif moyen sous la rubrique "diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail". Il a ajouté qu'à son avis l'état dépressif était réactionnel au fait qu'elle s'était sentie non reconnue, la SUVA ayant considéré qu'elle n'avait pas été victime d'un accident et la procédure AI étant encore en cours. Il a confirmé que la patiente ne souffrait pas d'autre trouble psychiatrique, ajoutant qu'elle était capable de travailler sur le plan psychiatrique. Il a expliqué qu'il avait signé un arrêt de travail à 100% le 27 avril 2006, provoquant l'interruption du stage, parce que l'assurée souffrait alors d'un épisode aigu de son état dépressif dû au fait, d'après les explications de celle-ci, que le stage ne correspondait pas à ses attentes et que les relations avec les différents intervenants étaient difficiles. Il a enfin déclaré qu'il n'avait pas l'impression que sa patiente exagérait ou simulait ses douleurs.
15. Le Dr E_____ avait également été convoqué le même jour, mais a refusé de témoigner, déclarant qu'étant médecin soumis à la législation française, il ne pouvait être délié du secret médical. Il a toutefois confirmé n'avoir vu qu'une seule fois l'assurée, ce à la demande de son médecin traitant, et avoir posé le diagnostic de fibromyalgie probable.
16. 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 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les 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.
2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} 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).

Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 13 décembre 2006 mais statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2002, le présent litige sera dès lors examiné à la lumière des dispositions de la LAI et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Les dispositions légales seront citées dans leur ancienne teneur. Enfin, s'agissant des modifications de la LAI du 21 mars 2003, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, elles seront citées dans la mesure de leur pertinence.

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).

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente AI.
5. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. 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).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente si le taux d'invalidité atteint 40% au moins, à une demi-rente s'il atteint 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il atteint 60% et à une rente entière s'il atteint 70% au moins.

6. En l'espèce, l'assurée souffre de cervicobrachialgie C6 droite sur hernie discale C5-C6. Il n'est pas contesté que l'activité exercée jusqu'ici n'est plus exigible. Tant le médecin traitant que le Dr A_____ ont en revanche considéré qu'une activité de bureau, de réceptionniste ou de caissière était envisageable, étant précisé que

l'usage répété des membres supérieurs et le port de charges devaient être évités. Ils ont estimé que la capacité de travail était d'environ 75%.

Dès lors, force est de constater qu'en retenant une incapacité de travail de 50%, l'OCAI a interprété, plutôt favorablement, les conclusions des Drs A _____ et B _____.

7. L'assurée a sollicité du Tribunal de céans qu'il ordonne une expertise rhumatologique.

Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié du 17 mars 2003, U 154/02, consid. 6.1 et les références citées). En l'espèce, les pièces médicales versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, si bien que la mise en œuvre d'une expertise supplémentaire s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves.

En conséquence, il n'y a pas lieu de donner suite à la demande d'instruction complémentaire formée par l'assurée.

8. Il y a lieu de constater que le Dr C _____ a posé le diagnostic de fibromyalgie, de même que le Dr A _____ en mai 2005. Le Dr E _____ l'a également envisagé.
9. 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 comorbidité 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 œuvre 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 socioculturels) 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).

10. 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).

11. On ajoutera encore que dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie - diagnostic retenu par les médecins qui se sont prononcés sur l'état de santé de la recourante -, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 70 consid. 4.1).
12. Quoi qu'il en soit, et même si l'on retenait que l'assurée souffrait de fibromyalgie, ce diagnostic ne suffirait pas pour justifier un droit à une rente d'invalidité. En l'absence d'une comorbidité psychiatrique grave, il y a en effet lieu d'examiner si l'assurée réunit plusieurs des critères établis par la jurisprudence 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 à plein temps. Or tel n'est pas le cas. Il ressort des déclarations de l'assurée qu'elle ne subit pas une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (2) (cf. procès-verbal de comparution personnelle du 15 mai 2007). On ne saurait parler dans son cas d'un

état psychique cristallisé, l'épisode dépressif moyen dont elle souffre en 2005 étant en rémission depuis la fin de l'été 2006, ni d'échecs de traitements, bien au contraire (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 dépressifs 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.

Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être 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. 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 auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

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