REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3738/2006 **ATAS/84/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 30 janvier 2007

En la cause

Madame P_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BAERTSCHI Karin	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 P_____, née le 1947, originaire de l'ex-Yougoslavie, vit en Suisse depuis 1971. Elle a déposé auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) le 12 mars 2001 une demande visant à l'octroi d'une rente d'invalidité, au motif qu'elle souffrait de migraines, de dépression, d'arthrose cervicale, de maux de dos et d'un nerf coincé dans la main gauche.

2. L'assurée travaillait en dernier lieu comme conditionneuse chez X_____ depuis le 1er octobre 1982. Elle a été licenciée avec effet au 30 septembre 1999 en raison d'une restructuration complète du département de conditionnement. Elle n'a pas repris d'activité depuis.

3. La Dresse A_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a informé l'OCAI le 30 mars 2001 que sa patiente souffrait d'un état dépressif sévère, sans symptôme psychotique, de crises comitiales psychomotrices et de migraines. Elle a évalué l'incapacité de travail de sa patiente à 100% depuis le 7 avril 2000.

4. Le Dr B_____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecin traitant, a établi un rapport à l'intention de l'OCAI le 24 avril 2001. Il a posé à l'attention de l'OCAI les diagnostics suivants: état dépressif sévère sans symptôme psychotique depuis 1998, céphalées invalidantes de type tensionnel avec crises de type migraineux par intermittence depuis de très nombreuses années, probables crises comitiales partielles psychomotrices depuis 1998, rachialgies diffuses avec scapulo-brachialgies bilatérales et sciatalgies bilatérales consécutives à une arthrose vertébrale étagées mais dans le cadre d'une fibromyalgie évoluant depuis plusieurs années. Il considère que l'assurée ne peut plus exercer son ancienne activité, qu'elle pourrait en revanche travailler dans le cadre d'un autre emploi, étant précisé qu' "il faudra l'observer pendant un mois dans vos ateliers pour voir ce qu'elle serait encore capable de faire". Il relève à cet égard que selon la Dresse A_____, la patiente devrait être capable de travailler à 50% dans une activité légère. Il a joint à son rapport un courrier que lui avait adressé le Dr. C_____, spécialiste FMH en neurologie, le 1er octobre 1997 et aux termes duquel l'examen neurologique électroclinique était normal. Selon le Dr C_____, "l'on a affaire actuellement à des céphalées mixtes, à la fois vasculaires et tensionnelles".

5. Le Dr D_____, spécialiste FMH en neurologie, a examiné l'assurée en février 1999 et a confirmé que l'examen neurologique était dans les limites de la norme. Il a prévu un électroencéphalogramme (EEG) après privation de sommeil et une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale pour étudier le cortex temporal. De l'IRM cérébrale subie le 23 février 1999, il résulte que des données objectivant quelques petites anomalies de signal cortico-sous-corticales frontales bilatérales sont présentes. L'EEG réalisé le 4 mars 1999 a quant à lui révélé un

enregistrement dans les limites de la norme, sans anomalies paroxistiques ou lésionnelles.

6. L'assurée a été hospitalisée au département de psychiatrie des "établissement hospitalier" pour un état dépressif sévère sans symptôme psychotique du 27 juin au 18 juillet 2000. L'examen neuropsychologique effectué lors de son séjour a montré un ralentissement important dans plusieurs tâches, des problèmes de reconnaissance visuelle et un déficit mnésique modéré, toutes difficultés "semblant gêner l'assurée dans la vie quotidienne" (cf. rapport du 20 juillet 2000).

7. A nouveau consulté par le médecin traitant, le Dr C_____ a indiqué dans un courrier du 23 janvier 2001, que l'examen clinique mettait en évidence une périarthrite scapulohumérale (PSH) gauche qui semble être assez importante, mais pas de déficit radiculaire sensitif ou moteur au membre supérieur gauche. L'anamnèse pourrait toutefois évoquer à son avis un discret tunnel carpien de ce côté. Les céphalées sont actuellement de type tensionnel avec peut-être parfois des crises plus importantes de type migraineux. Enfin l'état dépressif reste important.

8. Le 2 février 2001, le Dr E_____, spécialiste FMH en neurologie, a effectué un EMG pour investigation d'une symptomatologie évoquant un syndrome canalaire carpien gauche (acroparesthésies matinales), sur demande du Dr B_____. L'existence d'une neuropathie canalaire carpienne à gauche a ainsi été confirmée, se traduisant par des valeurs pathologiques des latences motrices et vitesses sensitives distales du nerf médian. Aucun signe de dégénérescence axonale n'a cependant été observé à ce stade de l'évolution.

9. L'assurée a été mise au bénéfice des prestations cantonales en cas de maladie et maternité (PCMM) dès le 27 juillet 2000 dans le cadre de l'assurance-chômage. Selon le Dr F_____, médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi, le 21 février 2001, on ne peut s'attendre à un retour à la capacité de travail d'ici la fin de ses droits aux prestations PCMM.

10. Le 14 mai 2002, l'OCAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui accorder une demi-rente d'invalidité à partir du 27 juin 2001.

    Une décision confirmant l'octroi d'une demi-rente a été notifiée le 6 septembre 2002.

11. L'assurée ayant interjeté recours contre ladite décision, l'OCAI, compte tenu des arguments avancés par la Dresse A_____ dans un rapport du 25 septembre 2002 faisant état d'une aggravation générale de l'état de santé, laquelle serait survenue avant l'établissement de la décision litigieuse, a, le 7 janvier 2003 annulé sa décision et repris l'instruction du dossier, étant précisé que le versement de la demi-rente était maintenu durant l'instruction.

12. Par jugement du 17 juin 2003, la Commission cantonale de recours en matière AVS-AI, alors compétente, en a pris acte.

13. Dans ce rapport du 25 septembre 2002, la Dresse A_____ a fait état d'un examen neuropsychologique réalisé à l'unité de neuropsychologie des "établissement hospitalier" le 29 juillet 2002, lequel a mis en évidence sur le plan du comportement la persistance d'un ralentissement, l'apparition de difficultés à entrer dans les consignes et de signes d'anxiété et de découragement tout au long de la séance (pleure et se montre agitée lorsqu'elle est confrontée à ses difficultés), la diminution des difficultés de reconnaissance visuelle, l'aggravation des difficultés dans les épreuves évaluant les fonctions exécutives, une péjoration des capacité mnésiques en modalité verbale, tant à court qu'à long terme (la modalité visio-spaciale n'ayant pas été retestée). Le tableau révèle ainsi une aggravation des signes de souffrance sous-cortico-frontale, alors que les difficultés de reconnaissance visuelle ont diminué. La polypragmasie, l'état thymique et l'enjeu assécurologique doivent être pris en compte dans l'interprétation des données neuropsychologiques qui n'évoquent pas en premier lieu une aggravation organique focale.

14. L'assurée a séjourné à la "établissement hospitalier"de Montana du 4 au 20 mars 2003. Du rapport de sortie le 31 mars 2003, il résulte qu'elle souffre d'une grande tension intérieure, qu'elle s'est rendue compte qu'elle utilisait ses douleurs comme seul moyen de communication avec son mari, que l'éloignement de ses préoccupations quotidiennes et les stratégies mises en place dans le cadre de son séjour ont permis une amélioration de sa thymie (elle n'a plus d'idées suicidaires en quittant la clinique). Les médecins ont cependant conclu que la question du trouble somatoforme douloureux risquait d'être récurrente et que le pronostic était extrêmement réservé.

15. L'assurée a été examinée par le Dr G_____, spécialiste FMH en médecine interne et gastroentérologue, le 9 décembre 2003. Ce médecin a constaté une discrète bulbite et la présence d'Hélicobacter pylori, l'endoscopie n'apportant pas de franche explication aux symptômes de la patiente.

    Le 25 février 2004, ce médecin a procédé à une coloscopie, laquelle n'a pas apporté non plus d'explication aux symptômes de la patiente, "qui souffre très certainement d'un intestin irritable".

16. Un second rapport a été réalisé lors d'un séjour ultérieur à la "établissement hospitalier"de Montana, du 28 juin au 13 juillet 2004. Selon le rapport de sortie, "l'éloignement des facteurs de stress, le cadre rassurant de la clinique, le soutien médico-infirmier régulier et les entretiens avec notre infirmière spécialisée en psychiatrie ont permis à l'assurée de se ressourcer et de prendre du recul face à sa situation conjugale tendue. Il est pour l'instant encore difficile de mobiliser beaucoup de choses chez elle mais cette dernière a tout de même réussi à reprendre

un rythme de vie régulier et retrouver un certain plaisir dans les différentes thérapies à médication corporelle (hydrothérapie, massages, fangos), ainsi que lors de balades aux alentours de la clinique. L'attitude très plaintive est restée constamment au premier plan durant les visites avec des douleurs touchant la région dorso-cervicale. Seuls les activités physiques ou les efforts permettent d'atténuer ces douleurs. Elle s'est aussi beaucoup plainte de céphalées peu spécifiques avec des caractéristiques migraineuses et de céphalées de tension". Le diagnostic principal retenu a été celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisation, les comorbidités étant un syndrome cervico-vertébral, des céphalées mixtes, une surcharge pondérale, ainsi qu'un status post-cure de tunnel carpien gauche en 2002, un status post-ulcère gastrique en 1997 et 1987 et un status post-appendicectomie en 1990 (voir également rapport de sortie suite à un séjour du 10 au 30 mai 2005, du 11 mai 2005).

17. Le 7 décembre 2004, le Dr C_____ a fait état d'un examen neurologique électronique normal, le problème principal restant l'état dépressif. Selon lui, les problèmes neurologiques n'ont guère évolué, ce qui permet d'exclure une maladie dégénérative de type Alzheimer. Restent les problèmes rhumatologiques comme la PSH gauche, les lombo-sciatalgies gauches d'origine dégénérative.

18. Par courrier du 19 mai 2005, l'assurée, représentée par Maître Karin BAERTSCHI, a allégué que son état de santé s'était nettement aggravé entraînant dorénavant une incapacité de travail à 100%. Elle a à cet égard produit des évaluations médicales des Drs A_____ et B_____ des 15 et 26 avril 2005.

    Selon la Dresse A_____, "ces derniers temps la patiente présente de plus en plus des traits de la personnalité émotionnellement labile et a tendance à agir avec impulsivité et sans considération pour les conséquences possibles. Ceci s'est accentué ces dernières deux années. De ce fait-là je considère que son état psychique s'est aggravé, de sorte que la patiente est incapable de travailler à 100%".

    Le Dr B_____ a indiqué que l'assurée "présente un trouble somatoforme douloureux avec évidemment la présence d'une affection psychiatrique également sévère associée à des affections corporelles chroniques (céphalées d'origine mixte, troubles digestifs notamment des épigastralgies et rachialgies). (…) Au vu de son état actuel et de l'évolution défavorable, il ne lui est possible d'exercer aucune activité".

19. Le Dr B_____ a confirmé l'aggravation de l'état de santé de l'assurée le 12 juillet 2005, insistant sur le fait que l'état dépressif déjà sévère au départ a continué à s'accentuer depuis 2002 avec l'apparition d'idées suicidaires. Il a noté que le 7 novembre 2004, l'assurée avait fait une chute sur le genou droit et souffrait depuis d'une bursite pré-patellaire post-traumatique (cf. rapport du Dr MAGNIN du 11 décembre 2004). Il indique que sur le plan rhumatologique, elle présente de très

nombreux points douloureux à la palpation correspondant aux critères de la fibromyalgie. Il retient ainsi les diagnostics suivants : état dépressif sévère avec somatisation, trouble somatoforme douloureux persistant, rachialgies diffuses avec scapulo-brachialgies bilatérales et sciatalgies gauches consécutives aux modifications dégénératives étagées, PSH gauche chronique, status après cure du tunnel carpien gauche en juillet 2002, troubles neuro-psychologiques divers (signes de souffrance sous-cortico-frontale et troubles visuelles), gonalgies droites post-traumatiques, céphalées chroniques invalidantes mixte (tensionnelles avec une composante migraineuse), troubles digestifs diffus d'origine mixte (maladie ulcéreuse du bulbe récidivante, gastrite chronique, bulbite et côlon irritable). Selon lui, les affections psychiatriques sévères (état dépressif et trouble somatoforme douloureux) exercent une grande influence sur la capacité de travail, l'ensemble des autres affections somatiques avec limitations fonctionnelles correspondantes jouant également un rôle.

20. Invité à se déterminer, le Service médical régional AI (SMR Suisse Romande) a, le 17 janvier 2006, proposé d'organiser un examen rhumatologique et psychiatrique.

21. Un examen clinique bidisciplinaire a ainsi été réalisé le 10 avril 2006 par le SMR avec l'assistance d'un interprète de langue serbe. Les médecins ont retenu des cervico-brachialgies gauches et lombo-sciatalgies chroniques persistantes dans le cadre de troubles dégénératifs cervicaux étagés, des migraines sans aura, et un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen avec syndrome somatique, ainsi qu'un syndrome somatoforme persistant. L'appréciation psychiatrique a mis en évidence un tableau correspondant à un syndrome douloureux somatoforme persistant auquel on peut reconnaître une comorbidité psychiatrique pouvant porter atteinte à la capacité de travail. Les médecins ont considéré que l'incapacité de travail fixée à un taux de 50% depuis 2002, peut être reconnue comme toujours présente. L'intensité actuelle des symptômes correspond à une intensité modérée, même si l'assurée a tendance à exagérer son tableau clinique. Il n'y a toujours pas de symptôme psychotique. Quant à la mise en évidence d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée, elle ne peut correspondre qu'à une impression subjective liée à un sentiment de lassitude. En effet, l'incapacité de travail de 50% tient déjà largement compte du tableau clinique dépressif. Il a ainsi été conclu qu'aucune aggravation de l'état de santé psychiatrique ne pouvait être reconnue dans la situation actuelle : l'assurée souffre de douleurs chroniques et d'une symptomatologie dépressive, dont l'exigibilité peut raisonnablement être attendue au minimum à un taux de 50%.

La Dresse. H_____, médecin psychiatre, a noté que "durant la matinée, l'assurée reçoit la visite d'une amie retraitée. Les deux femmes sortent volontiers se promener durant une demi-heure, l'assurée ne peut pas prolonger ses promenades en raison de dorsalgies. Au domicile, elle souffre fréquemment de maux de tête. (…) Du point de vue de sa vie sociale, l'assurée téléphone souvent à des amis,

partage des invitations avec ceux-ci. L'assurée entretient également de bonnes relations avec une cousine de son mari. Le samedi après-midi, l'assurée se promène en voiture avec son mari. L'année passée, l'assurée est partie en vacances durant deux semaines et demi dans leur pays d'origine. Elle ne sait pas s'ils partiront cette année".

22. Par décision du 15 mai 2006, l'OCAI a informé l'assurée que sa demande d'augmentation de la rente d'invalidité était rejetée.

23. L'assurée a formé opposition le 16 juin 2006 à ladite décision. Elle rappelle les avis des Drs A_____ et B_____, lesquels se sont exprimés de manière complète, détaillée et précise sur l'aggravation de son état de santé depuis 2002. Elle considère ainsi que le trouble somatoforme douloureux dont elle souffre doit être associé à une comorbidité psychiatrique grave d'une sévère intensité qui empêche toute reprise d'activité professionnelle. Elle conclut dès lors à l'octroi d'une rente entière. Elle produit une attestation de la Dresse A_____ datée du 10 juin 2006, aux termes de laquelle celle-ci déclare être partiellement d'accord avec les conclusions du rapport du SMR du 10 avril 2006, tout en ajoutant que sa patiente souffre d'un état dépressif qui persiste malgré le traitement et présente aussi périodiquement encore des idées suicidaires s'inscrivant dans le cadre de trouble de la personnalité, à savoir une personnalité émotionnelle labile de type impulsif. Le médecin note également que sa patiente développe des idées de culpabilité concernant la maladie de sa fille, elle-même également dépressive.

    Par courrier du 29 septembre 2006, elle ajoute que les experts du SMR ont occulté l'aggravation de l'état de santé pourtant signalée par elle-même et le Dr B_____. Elle joint à son courrier un rapport de sortie de la "établissement hospitalier" de Montana du 17 juillet 2006. L'assurée y a à nouveau séjourné du 20 juin au 6 juillet 2006, à sa demande, pour "éloignement des facteurs de stress et soutien psychologique". Le diagnostic retenu par les médecins de la "établissement hospitalier" de Montana est celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec somatisation. Il est par ailleurs relevé une médication excessive et chaotique.

24. Les médecins du SMR ont considéré, dans un avis du 4 juillet 2006, qu'aucun fait nouveau n'était apporté et qu'il ne s'agissait que d'une appréciation différente de l'état clinique de l'assurée.

25. Par décision du 18 septembre 2006, l'OCAI a sur cette base rejeté l'opposition.

26. L'assurée a interjeté recours le 17 octobre 2006 contre ladite décision. Elle reprend en substance les arguments déjà développés dans son opposition. Compte tenu de la contradiction entre les avis médicaux, elle déclare être disposée à se soumettre à une expertise confiée à des spécialistes neutre en rhumatologie et psychiatrie.

27. Dans sa réponse du 13 novembre 2006, l'OCAI conclut au rejet du recours.

28. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause 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 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. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

4. 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).

   Sur le fond, le Tribunal de céans relève que, la décision litigieuse ayant été rendue en date du 15 mai 2006 mais statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2000, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LAI et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur. Enfin,

s'agissant des modifications de la LAI du 21 mars 2003, entrées en vigueur le 1er janvier 2004, elles seront citées dans la mesure de leur pertinence.

5. 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.

6. 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.

7. 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 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 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).

8. 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).

9. En l'espèce, l'assurée avait interjeté recours contre la décision du 6 septembre 2002 lui octroyant une demi-rente d'invalidité, alléguant avoir subi une aggravation de son état de santé. Ses deux médecins traitants avaient en effet dans leurs rapports adressés à l'OCAI en 2001 indiqué qu'elle pouvait travailler à 50% dans une activité légère. Ils ont toutefois considéré que l'état de santé de leur patiente s'était aggravé progressivement depuis 2002, au point d'évaluer son taux d'incapacité de travail à 100% depuis 2003. La Dresse A_____ fait à cet égard état en 2005 d'une accentuation des traits de la personnalité émotionnellement labile depuis "ces dernières deux années". Aussi peut-on confirmer la décision de l'OCAI du 6 septembre 2002 accordant à l'assurée une demi-rente d'invalidité dès le 27 juin 2001. Reste à déterminer si l'aggravation alléguée conduit ou non à l'octroi d'une rente entière d'invalidité par la suite.

10. Il résulte des divers rapports médicaux rédigés après l'établissement de la décision du 6 septembre 2002, qu'en réalité, en dehors de quelques variations telle que l'aggravation des signes de souffrance sous-cortico-frontale, ou la diminution de difficultés de reconnaissance visuelle, par exemple, les diagnostics posés sont identiques. L'état dépressif a été qualifié de sévère par les médecins traitants depuis 2001, les médecins du SMR ont toutefois dans le cadre de leur examen réalisé le 10 avril 2006, considéré que l'intensité actuelle des symptômes correspondait à une intensité modérée, même si l'assurée avait tendance à exagérer son tableau clinique. Ils ont indiqué que l'incapacité de travail de 50% tenait déjà compte du tableau clinique dépressif.

    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).

11. L'examen bidisciplinaire conduit par les médecins du SMR le 10 avril 2006 repose sur une étude du dossier rhumatologique et psychiatrique. 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.

12. Tant les médecins traitants que les médecins du SMR sont d'accord pour dire que l'état de l'assurée a évolué vers un trouble somatoforme douloureux. Leurs conclusions quant à la capacité de travail, en revanche, divergent. Les Drs B_____ et A_____ considèrent en effet que leur patiente ne peut plus exercer d'activité lucrative, alors que les médecins du SMR confirment un taux d'incapacité de travail de 50%.

13. La Dresse A_____ n'a fait état d'aucun trouble psychiatrique. L'état dépressif diagnostiqué dès 2001 ne saurait être constitutif d'une comorbidité psychiatrique au sens de la jurisprudence. Il est qualifié de moyen tant par les médecins du SMR que par ceux de la "établissement hospitalier" de Montana. Le TFA estime quoi qu'il en soit 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). La Dresse H_____ du SMR a par ailleurs constaté lors de son examen en avril 2006 qu'il n'y avait plus d'idée suicidaire, ce qu'ont confirmé les médecins de la "établissement hospitalier" de Montana en juillet 2006.

14. Reste les 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 à plein temps.

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

    Elle ne subit en revanche pas une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (2). La Dresse H_____ du SMR a en effet relevé qu'elle n'était pas isolée. Elle vit avec son deuxième mari. Elle reçoit le matin la visite d'une amie retraitée avec laquelle elle sort volontiers se promener. Elle garde d'étroits contacts avec ses amis.

    Il y a lieu de constater que selon la Dresse A_____, son état dépressif persiste malgré les traitements. Le Dr B_____ note également dans son rapport du 26 avril 2005 que malgré la poursuite de la psychothérapie et la prise des médicaments antidépresseurs et anxiolytiques son état psychique a continué à se détériorer. Il résulte toutefois du rapport de sortie de la "établissement hospitalier" de Montana

que la médication est "excessive et chaotique". Aussi ne saurait-on parler d'un état psychique cristallisé, ni d'échecs des traitements (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 et la demi-rente confirmée.

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 et confirme la décision d'octroi d'une demi-rente du 6 septembre 2002.

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