

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4001/2008

ATAS/1347/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 3 novembre 2009

En la cause

Madame M _____, domiciliée à Cartigny, comparant avec _____
élection de domicile en l'étude de Maître STOLLER _____
FÜLLEMANN Monique _____
recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue _____
de Lyon 97, Genève _____
Intimé

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

EN FAIT

1. Madame M _____ (ci-après l'assurée ou la recourante), ressortissante suisse, née en 1971, mariée, mère de deux enfants, titulaire d'un certificat de fin d'apprentissage de laborantine en biologie, option pharmabiologie depuis juin 1993, a été engagée en dernier lieu à 50%, dans son activité, aux Services industriels de Genève (ci après l'employeur), laboratoire du service de l'eau, du 28 avril 1997 au 8 mars 2007, date à laquelle elle a été mise en arrêt de travail total par son médecin traitant, le Dr. A _____, généraliste.
2. En date 18 janvier 2008, l'assurée a présenté une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : l'OCAI) tendant à l'octroi d'une rente. Elle a fait état de troubles digestifs aigus, diarrhées, nausées, vomissements et douleurs articulaires.
3. Dans un rapport du 30 janvier 2008 adressé à l'OCAI, le Dr. B _____, médecin adjoint agrégé au service de gastroentérologie et d'hépatologie des HUG, a relevé avoir été consulté à plusieurs reprises par l'assurée depuis juin 2006 pour des problèmes digestifs portant sur des douleurs abdominales accompagnées de diarrhées, parfois associées à des vomissements. Une hospitalisation aux HUG en 2003 pour pancréatite aiguë, puis en 2007 pour un bilan complet avait eu lieu. Nonobstant les nombreuses investigations entreprises, aucun diagnostic précis n'avait pu être posé. Les symptômes étaient handicapants pour la patiente tant au niveau professionnel que personnel. Sur la base du dernier examen passé, il concluait à un probable côlon irritable, notant qu'une amélioration s'était cependant faite sentir depuis l'introduction de séances d'acupuncture. Il a considéré que l'activité exercée était exigible à 50%, avec des toilettes à proximité.
4. En date du 18 février 2008, le Dr A _____, médecin traitant de l'assurée depuis 1997, a adressé à l'OCAI un rapport dans lequel il soulignait l'importante perte pondérale, la grande fatigue physique et morale engendrées par la problématique digestive de l'assurée. Le diagnostic faisait état d'un côlon irritable depuis 2003 et d'une dépression réactionnelle depuis 2007. Le médecin concluait à une reprise progressive du travail de la patiente jusqu'à 50% dans son activité, moyennant aménagement du poste de travail.
5. L'assurée a repris progressivement son travail à raison de deux matinées non successives par semaine (20%) dès mars 2008, dans un poste adapté d'employée de bureau, compte tenu du fait qu'il ne lui était désormais plus possible de se déplacer sur le terrain pour effectuer des prélèvements d'eaux.
6. Le Dr C _____, rhumatologue, a fait parvenir, le 11 avril 2008 à l'OCAI, un rapport où il a diagnostiqué une fibromyalgie et des troubles digestifs. Selon lui, une reprise d'activité était envisageable sur le plan rhumatologique mais, dans la

mesure où l'ensemble de la situation, gastro-entérite et psychique, devait être prise en compte il renvoyait au Dr. A_____ pour déterminer le taux exigible.

7. Par avis médical du 16 mai 2008, la Dresse D_____, médecin du service médical régional AI (ci-après : SMR) a diligenté un examen bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique confié au Dr E_____ et à la Dresse F_____, visant à déterminer si l'assurée présentait une maladie somatique ou psychique incapacitante et des limitations fonctionnelles dans son activité habituelle, voire dans une activité adaptée. Dans leur rapport du 10 juin 2008, les examinateurs ont jugé que la fibromyalgie n'entraînait aucune limitation fonctionnelle et que l'affection du côlon, de caractère bénin, était sans effet sur la capacité de travail. Aucune limitation psychiatrique incapacitante n'était reconnue. La capacité de travail était par conséquent totale dans l'activité habituelle de laborantine ou d'employée de bureau.
8. Dans son rapport du 20 juin 2008, la Dresse D_____, faisant siennes les conclusions des examinateurs, a constaté l'existence d'une fibromyalgie sans présence d'une comorbidité psychiatrique d'une gravité et d'une durée suffisante pour empêcher l'assurée de surmonter ses douleurs et de reprendre son activité à 100%. Il n'avait par ailleurs pas été mis en évidence de présence de critère de gravité selon la jurisprudence.
9. Le 20 juin 2008, l'OCAI, se basant sur les motifs figurant dans l'avis SMR, a signifié à l'assurée un projet de décision refusant l'octroi de prestations.
10. Par courrier du 16 juillet 2008 adressé à l'OCAI, l'assurée a contesté ledit projet. Elle a mentionné avoir fait l'objet de plusieurs hospitalisations depuis quatre ans en raison de son état de santé, lequel en dépit de la prises de médicaments n'avait pas changé. Elle a relevé que la fragilité de son système digestif entraînait une importante perte de poids, d'où un affaiblissement physique qui l'obligeait à faire quotidiennement une sieste d'au minimum deux heures et à suivre un régime. Son état de santé affectait son état mental et engendrait une diminution de revenu ainsi que des difficultés à s'occuper de sa famille et de son ménage.
11. Par pli du 25 juillet 2008, l'OCAI a informé l'assurée qu'il allait procéder à un réexamen du dossier. Des divers documents déposés dans le cadre de cette instruction complémentaire, il ressort :
 - que l'assurée a été hospitalisée en urgence aux HUG du 19 avril au 29 avril 2003 pour des douleurs abdominales diffuses accompagnées de diarrhées ;
 - qu'en raison de crises de coliques douloureuses, diarrhées et nausées à répétition, l'assurée a fait depuis lors l'objet de plusieurs examens (notamment IRM, échographie) qui n'ont pas permis d'expliquer les motifs de ces épisodes récidivants ;

- que ces problèmes de diagnostic ont été confirmés par le Dr. B _____ dans un rapport du 9 juin 2006 adressé au Dr. A _____ ;
 - que dans le cadre d'un séjour que l'assurée a fait à la clinique genevoise de Montana du 7 au 22 mai 2007, le Dr B _____ a établi un rapport le 22 mai qui fait état, d'une asthénie, de troubles du sommeil, d'une diminution de l'appétit et d'une difficulté à reprendre du poids, de diarrhées chroniques depuis quatre ans et de nausées occasionnelles, de dorso-lombalgies chroniques, de douleurs articulaires et de céphalées fréquentes, relevant qu'à l'examen clinique, la patiente était apparue amaigrie et pâle, que la thymie était plutôt triste, l'anxiété présente, qu'il y avait une augmentation de la fatigabilité, une diminution de l'appétit, un sommeil perturbé mais ni idées noires, ni éléments de la lignée psychotique ; la patiente avait exprimé ses souffrances concernant la difficulté de se consacrer à ses enfants et suite à la perte récente de son beau-père dont elle s'était beaucoup occupée, ainsi que son inquiétude concernant son avenir professionnel ;
 - qu'un rapport établi le 5 juin 2007 par le service de gastro-entérologie et hépatologie des HUG, où l'assurée a séjourné jusqu'au 26 mai 2007 suite à son transfert de la clinique de Montana, relève qu'en dépit des multiples investigations entreprises, aucun diagnostic précis n'a pu être posé et qu'un suivi psychologique pourrait être une bonne alternative dans le cadre de la prise en charge de la patiente qui n'a plus la force de s'occuper de sa famille et ne se sent pas capable de reprendre son emploi ;
 - que par courrier du 15 avril 2008, le Dr C _____ confirme le diagnostic de fibromyalgie posé début 2008 et encourage la patiente à poursuivre la prise en charge psychiatrique.
12. Par avis médical du 25 septembre 2008, le Dr. G _____, médecin au SMR a confirmé les conclusions retenues le 20 juin 2008 par la Dresse D _____, aucune affection n'ayant pu être retenue, malgré les investigations médicales entreprises, hormis les troubles fonctionnels liés à un côlon irritable.
13. Par décision du 6 octobre 2008, l'OCAI a confirmé son projet de décision.
14. L'assurée, par la plume de son mandataire, a interjeté en date du 6 novembre 2008 recours contre ladite décision, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente. Elle a joint à ses écritures : un courrier du 12 septembre 2008 du Dr. C _____ faisant état de l'existence d'une fibromyalgie et d'un état dépressif ; un courrier du Dr B _____ du 4 novembre 2008 faisant état d'une symptomatologie abdominale récurrente douloureuse qui n'avait pu à ce jour être identifiée comme une entité à part entière en dépit des nombreuses investigations et dont le fort retentissement sur l'état psychologique de la patiente

rendait une reprise du travail aléatoire ; deux attestations des 8 et 30 octobre 2008 du Dr A _____ confirmant qu'elle souffrait de troubles digestifs récurrents, d'une fibromyalgie et d'une dépression majeure sévère et qu'elle ne pouvait pas travailler à plus de 20% ; un rapport daté du 23 octobre 2008 du Dr H _____, psychiatre, diagnostiquant une dépression majeure sévère ayant des répercussions marquées sur le fonctionnement professionnel et les relations socio-familiales ; un certificat du 28 octobre 2008 du Dr I _____, spécialiste en acupuncture, attestant un suivi depuis octobre 2007 ; une attestation du même jour du Dr. J _____, médecin psychiatre spécialisé en hypnose mentionnant avoir été consulté à ce titre ; un courrier du 8 novembre 2008 du Dr. B _____ attestant avoir reçu à plusieurs reprises la patiente pour une symptomatologie abdominale récurrente douloureuse dont le retentissement psychologique pourrait être diminué si un traitement adéquat pouvait être trouvé.

15. Par pli du 15 janvier 2009, l'OCAI a conclu au rejet du recours, les pièces produites ne permettant pas de modifier son appréciation du cas.
16. Le Tribunal a procédé en date du 7 avril 2009 à l'audition des Drs H _____ et A _____.

Le Dr H _____, médecin traitant psychiatre, a déclaré suivre l'assurée à raison d'une fois par semaine depuis septembre 2008. Il a confirmé l'existence d'une part d'un état dépressif majeur de type DSM, qu'il a qualifié de « pur » en dépit de la composante réactionnelle aux atteintes somatiques, et d'autre part d'un trouble anxieux faisant partie de l'état dépressif. Selon lui, le diagnostic posé résultait, tant dans la durée que dans l'importance, des critères présents chez la patiente énumérés dans son rapport du 23 octobre 200 (une humeur dépressive constante, une diminution marquée des intérêts et du plaisir dans la plupart des activités, une perte pondérale significative, une perturbation du rythme, un ralentissement psychomoteur, une perte d'énergie manifeste, une culpabilité excessive, des troubles de la concentration et des préoccupations morbides). La compliance était assurée par un traitement anxiolytique car la patiente ne supportait pas les antidépresseurs qui lui provoquaient des effets secondaires indésirables tels que nausées et vomissements. Il a à cet égard souligné qu'une dépression n'impliquait pas nécessairement un traitement médicamenteux antidépresseur. En l'occurrence, en principe, une psychothérapie jointe à un traitement anxiolytique devrait amener une amélioration de l'état dépressif. Il a relevé les efforts entrepris par l'assurée pour surmonter sa maladie, tout en mentionnant qu'elle avait plutôt tendance à minimiser ses problèmes. Il a jugé que l'assurée ne pouvait actuellement travailler au-delà de 20 %.

Le Dr A _____ a confirmé que l'assurée souffrait d'une colopathie irritable, distincte de la fibromyalgie, qui entraînait une dégradation de son état physique mais dont il était difficile d'attaquer la cause, faute d'explications

scientifique quant à l'origine de la pathologie. La patiente cherchait toujours à faire bonne figure et à masquer son handicap. Elle avait tout fait pour essayer de s'en sortir en consultant divers spécialistes (diététicienne, acupuncteur, ostéopathe) et maintenir du mieux qu'elle pouvait une activité professionnelle. Le pronostic demeurait toutefois réservé. Ce type de pathologie pouvait causer un important absentéisme. Il n'était ainsi pas possible à l'assurée de travailler plus de deux matinées par semaine d'autant que les troubles du transit pouvaient apparaître n'importe quand.

L'assurée a expliqué au Tribunal que lorsqu'elle s'était rendue à Vevey pour l'examen SMR, elle avait pris des médicaments (buscopan et anxiolytiques) pour apparaître sous son meilleur jour. Elle faisait tout son possible pour aller mieux. Son côté social se limitait désormais à son mari et à ses enfants. Professionnellement, elle avait perdu beaucoup d'avantages car étant payée à l'heure, elle ne recevait aucun salaire en cas de maladie.

17. A l'examen des procès-verbaux, le Dr G_____ du SMR, a fait état d'une dépression sévère, mentionnant toutefois qu'il reste difficile « d'être convaincu que l'assurée présente une dépression sévère durable, malgré que tout a été fait pour réduire le dommage ». Quant aux troubles fonctionnels, « ils ne peuvent être considérés comme des affections durables, malgré leur expression (douleurs, diarrhées,..) et l'absentéisme qu'ils peuvent occasionner ».

Compte tenu de cet avis, l'OCAI a maintenu ses conclusions.

18. Dans sa réplique du 12 juin 2009, l'assurée a souligné qu'elle avait tout fait pour diminuer le dommage causé par ses atteintes à la santé. Elle a à cet effet détaillé l'ensemble des mesures entreprises et décrit l'impact de ses troubles tant sur sa vie professionnelle que sur sa vie privée.
19. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), 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 ; RS 830.1) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci après: LPGA) est applicable en l'espèce.

3. Déposé dans les formes et délai prévu par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. Le présent litige porte sur le point de savoir si une rente invalidité peut être octroyée à l'assurée.
5. 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 art. 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 considérations, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale ou qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).
6. 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 (art.28 LAI).
7. Les atteintes à la santé psychiques peuvent, comme les atteintes physiques entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA.

Parmi les atteintes à la santé psychique pouvant provoquer une invalidité, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies, étant précisé que l'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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même

insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

8. Le TFA a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques commune, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogénèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine (ATFA non publié du 8 février 2006, I 336/04). 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 en 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 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. 2.2.9 ; Ulrich MEYERBLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in René SCHAUFFAUSER/ Franz SCHLAURI (éd.), *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St-Gall 2003, p. 64sv, 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. 4al. 1 LAI (voir sur ce point MEYER-BLASER, op. cit. p. 76ss, spéc. p. 81sv.). 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 n° 1p.2 consid. 3b/b ; voir aussi MEYER-BLASER, op. cit. p. 83, spéc. 87sv.)- plus raisonnablement être exigée de l'assuré ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224sv. 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). En présence d'une fibromyalgie, il y a aussi lieu de poser la présomption que cette affection ou ses effets

peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50).

Le TFA a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 353 et 131 V 50), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux l'ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de la résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profil primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). La reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (VSI 2000 p. 155 consid. 2c ; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 in fine ; ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé (ATFA I 336/04, consid. 4.3).

Quand à la comorbidité psychiatrique, celle-ci n'est admise pour des états dépressifs que si ceux-ci peuvent être considérés comme une atteinte psychique indépendante des troubles somatoformes douloureux, mais non pas s'ils se révèlent être, sur la base du dossier médical, des manifestations (réactives) d'accompagnement de ces troubles (ATFA du 12 mars 2004, I 683/03, destiné à la publication et ATFA non publiés du 8 juin 2004, I 282/03 et 283/03).

S'agissant des affections corporelles chroniques, il doit exister une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (notamment ATFA du 12 juin 2006, cause I 317/05)

Concernant l'état psychique cristallisé, un tel état ne saurait être admis lorsque l'assuré n'a pas suivi de traitement psychiatrique durable et que, par ailleurs, il fait preuve d'une mauvaise compliance médicamenteuse (ATFA du 22 février 2006 cause I 506/04, voir aussi ATFA du 21 avril 2006, cause I 483/05), lorsqu'il a uniquement pris un traitement d'anxiolytiques et non pas d'antidépresseurs (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), lorsque la poursuite du traitement est susceptible d'améliorer la symptomatologie d'anxiété (ATFA du 8 juillet 2004, cause I 380/03), lorsque l'épisode dépressif moyen est en rémission complète (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05), lorsque aucun élément psychotique, aucune souffrance ou dysfonctionnement personnel, professionnel et social, ni encore des traits d'une personnalité dissociée ne peuvent être retenus (ATFA du 25 novembre 2004, cause I 450/03), en l'absence d'une source de conflit intrapsychique ou situation conflictuelle externe (ATFA du 23 juin 2004 cause I 272/03) lorsque l'état de l'assuré est susceptible de s'améliorer grâce à la stabilisation de la vie familiale et à l'instauration d'un traitement antidépresseur (ATFA du 10 novembre 2005, cause I 638/04), lorsque l'état psychique est stabilisé grâce à une médication adéquate et qu'un suivi psychothérapeutique constituerait un traitement adéquat des troubles en cause (ATFA du 12 septembre 2005, cause I 497/04), lorsque l'assuré fait état d'une envie de travailler et d'une certaine ambition sociale (ATFA du 13 juillet 2005, cause I 626/04).

S'agissant de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est pas réalisée dès lors que l'assuré effectue des promenades avec des amis qu'il voit fréquemment et maintient des contacts sociaux avec sa famille en Espagne (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04), qu'il bénéficie d'une vie familiale épanouie, reçoit des amis et se rend chez eux (ATA du 4 février 2006, cause I 580/04), qu'il a une vie retirée, passant beaucoup de temps à la maison mais a gardé un certain réseau d'amis qui viennent le voir ou auxquels il rend visite (ATFA du 29 novembre 2005, cause I 665/04), qu'il se dit bien entouré sur le plan familial (ATFA du 16 août 2005, cause I 539/04), qu'il vit dans une situation de retrait mais qu'il a des contacts réguliers avec ses proches et qu'il retourne régulièrement dans son pays d'origine avec sa famille ou des amis (ATFA du 2 mars 2005, cause I 690/04), qu'il est à même d'entretenir des contacts sociaux, d'exercer des activités sportives (natation) et de loisir (promenade) (ATFA du 8 juin 2005, cause I 361/04).

9. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou

de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références ; 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).

Il y 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).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007 consid. 2.1).

10. Les diagnostics de côlon irritable, dépression réactionnelle et fibromyalgie ont été constatés dans le cadre de l'expertise rhumatologique et psychiatrique du 10 juin 2008 par les Dr E_____ et F_____, qui ont abouti à la conclusion que les diverses affections ne présentaient ni gravité, ni durée suffisante pour présenter un caractère invalidant et ont de ce fait retenu une capacité de travail de l'assurée de 100% dans son activité habituelle de laborantine en biologie ou d'employée de bureau.

Parmi les médecins traitants de l'assurée, le Dr B _____ conclut, en ce qui concerne la colopathie, le 30 janvier 2008, à une activité exigible à 50% et le Dr C _____, le 11 avril 2008, à une reprise envisageable sur le plan rhumatologique. Quant au Dr A _____, il estime, le 18 février 2008, la reprise de l'activité de la patiente possible à 50% avant de retenir au mois d'octobre un taux de 20%, lequel taux est confirmé par le Dr H _____.

11. La recourante souffre depuis 2003 de troubles du transit chroniques qui entraînent une dégradation de l'état physique mais qui en dépit de multiples investigations entreprises n'ont pu être traités, faute d'explication quant à l'origine de la pathologie.

Lors de son audition, le Dr A _____, a souligné que ces troubles étaient indépendants de la fibromyalgie mais parle dans son rapport du 18 février 2008 de dépression réactionnelle. Quant au Dr H _____, il a posé le diagnostic de dépression pure mais reconnu l'existence d'une composante réactionnelle aux atteintes somatiques d'épuisement dans l'état dépressif dont souffre la patiente. Dans son avis du 4 novembre 2008, le Dr C _____ a relevé n'avoir pas pu identifier la symptomatologie abdominale récurrente comme une entité à part entière.

Ainsi, les effets sur la capacité de travail de la colopathie de l'assurée sont à examiner en relation avec son état dépressif.

12. Le diagnostic de dépression sévère a été posé par le Dr H _____ en septembre 2008, date des premières consultations de la patiente. Lors de son audition, il a souligné que ce diagnostic était confirmé tant dans la durée que par l'importance par les critères présents chez l'assurée. Sans infirmer vraiment ce diagnostic, le Dr G _____ laisse entendre que faute de thérapie par prise d'antidépresseur, comme le requiert le message scientifique le plus répandu, un doute quant au caractère sévère de la dépression subsiste.

Cela étant, même si la dépression sévère de l'assurée était établie, rien ne permettrait de retenir qu'au moment de la prise de décision par l'OCAI, le 6 octobre 2008, moment déterminant pour la prise en compte des faits (ATF 130 V 343), l'affection de l'assurée présentait la durée exigée par la jurisprudence pour fonder l'existence d'une comobordité psychiatrique. En effet, aucun état de dépression sévère n'a été mis en évidence lors de l'expertise psychiatrique du 10 juin 2008 et aucun rapport médical particulier ne permet de retenir l'existence d'un état dépressif sévère chez l'assurée à ce moment-là, voire avant.

13. Reste à examiner les autres critères consacrés par la jurisprudence, dont l'existence cumulative permet d'admettre le caractère non exigible de la reprise de travail.

Il n'y a pas d'état psychique cristallisé au moment de la décision. En effet, bien que ne prescrivant pas d'antidépresseur à sa patiente, en raison de son intolérance au produit, le Dr H_____ n'a pas exclu qu'un traitement anxiolytique joint à une psychothérapie pourrait amener une amélioration de l'état dépressif de l'assurée.

En ce qui concerne la perte d'intégration sociale, il est vrai qu'au moment de la comparution personnelle, l'assurée a fait état d'une diminution de sa vie sociale, déclarant que celle-ci se limitait désormais à son mari et à ses enfants. Cela étant, dans la mesure où il y a lieu de prendre en compte les faits existants au moment de la décision (ATF 130 V 343), c'est ce moment qui est déterminant pour examiner l'impact de l'affection de l'assurée sur sa vie sociale. Ainsi, il ressort du rapport du SMR du 10 juin 2008, que, même si elle doit les fractionner, l'assurée continue à participer aux activités de la vie quotidienne et qu'il n'y a par conséquent aucune perte d'intégration sociale au sens de la jurisprudence.

Force est par conséquent de confirmer le refus de rente en l'état.

Le Tribunal de céans attire toutefois l'attention de la recourante sur le fait qu'elle a la possibilité de s'adresser à nouveau à l'OCAI, en alléguant que sa situation s'est aggravée depuis octobre 2008.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'assurée.
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 ; RS 173.110); 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

Nathalie LOCHER

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Evelyne BOUCHAARA

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