

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/937/2007

ATAS/710/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 17 juin 2008

En la cause

Madame M _____, domiciliée à GENEVE, représentée par le
COLLECTIF DE DEFENSE, Me David METZGER, en les
bureaux duquel elle élit domicile.

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Madame Isabelle Dubois, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et
Bertrand REICH, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame M_____ (ci-après la recourante), née en 1961, a travaillé pour différentes entreprises, en particulier depuis le 2 mai 1991 pour X_____ SA en tant qu'ouvrière en atelier de taillage à plein temps. Au cours de l'an 2000, elle a subi plusieurs périodes d'incapacité totale de travail et dès le 6 mars 2001, elle n'a plus pu exercer son métier qu'à 50 %, en raison d'une fibromyalgie.
2. Le 4 mai 2001, la recourante a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: OCAI), visant à l'obtention d'une rente. A sa demande, elle a joint les rapports médicaux du Dr A_____, neurologue, du 25 avril 1999, qui relevait l'apparition de douleurs importantes chez la patiente depuis l'automne 1998, et du Dr B_____, rhumatologue, du 27 avril 1999, qui posait le diagnostic d'une fibromyalgie primitive. Ce médecin était d'accord avec le Dr A_____ sur le fait que l'asthénie dépressive importante présentée par la patiente jouait certainement un rôle primordial dans la symptomatologie douloureuse.
3. Dans un certificat médical du 29 juin 2001, le Dr C_____, médecin traitant, a posé les diagnostics de fibromyalgie et d'état dépressif. La capacité de travail est de 50% depuis le 8 mai 2000, au maximum. Sa patiente présentait des douleurs multiples, un épuisement, des troubles du sommeil, de la tristesse et une aboulie.
4. A la demande de l'OCAI, la Dresse D_____, psychiatre, a procédé à une expertise de la recourante. Dans son rapport du 5 juin 2002, elle a posé les diagnostics suivants: épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, personnalité dépendante, majoration des symptômes psychiques pour des raisons psychologiques et cervico-lombalgies chroniques. Selon elle, la patiente nécessitait une prise en charge psychiatrique spécifique. Elle suggérait que la priorité soit donnée au traitement de la dépression, aussi bien par une approche médicamenteuse que par une approche corporelle, afin que la patiente puisse accéder à une véritable remise en question. L'expert a cependant réservé son pronostic, compte tenu de la fragilité de la personnalité de la recourante. Elle a estimé qu'une activité professionnelle avec moins d'investissement physique et manuel serait éventuellement bénéfique et permettrait de valoriser la patiente, qui avait alors une activité professionnelle à 50 %.
5. En réponse à une question de l'OCAI, la Dresse D_____ a précisé, par courrier du 12 mars 2002, que l'assurée avait présenté lors de l'examen clinique une agitation qu'elle avait elle-même attribuée aux douleurs multiples. L'anhédonie était une inhibition générale dans le cadre d'une dépression. Priorité était accordée aux problèmes somatiques par la patiente, qui présentait une faible capacité d'introspection; le maintien de l'activité professionnelle pouvait s'avérer positif, mais le pronostic était réservé.

6. Le 15 avril 2003, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) a estimé que l'expertise ne répondait pas aux questions fondamentales permettant de déterminer la capacité de travail exigible de l'assurée et qu'il était nécessaire de soumettre cette dernière à des examens rhumatologique et psychiatrique supplémentaires.
7. Le 17 juin 2003, les Desses E_____, rhumatologue, et F_____, psychiatre, ont donc procédé à un examen clinique pluridisciplinaire. Dans leur rapport du 12 novembre 2003, elles ont posé les diagnostics de fibromyalgie, excès pondéral, adiposité douloureuse des membres inférieurs, trouble statique rachidien banal et personnalité dépendante. Elles ont relevé des "critères d'amplification" et souligné que les examens radiologiques et de laboratoire n'avaient pas montré d'autre pathologie associée au cours des quatre dernières années. Il s'agissait d'une fibromyalgie au décours, peu active à ce moment-là. L'assurée leur avait indiqué être soulagée depuis environ un an et n'avoir pas refait de physiothérapie depuis lors. L'examen psychiatrique n'a montré ni dépression majeure, ni décompensation psychotique, ni anxiété généralisée, ni troubles phobiques qui puissent justifier une quelconque diminution de la capacité de travail. Les médecins ont relevé que l'épisode dépressif moyen - qui constituait une dépression réactionnelle - était en rémission complète, et que le diagnostic de personnalité dépendante ne constituait pas une maladie psychiatrique invalidante. Ainsi, sur le plan psychiatrique, l'examen n'a montré ni maladie psychiatrique ni limitations fonctionnelles psychiatriques invalidantes. Les médecins ont également souligné qu'il n'existait pas de perturbation de l'environnement psychosocial. En l'absence de véritable sentiment de détresse, ils ont écarté le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant pour retenir celui de fibromyalgie.

Sur la base de l'observation clinique, le SMR a reconnu une incapacité de travail de 100 % d'avril à décembre 2000, de 50 % jusqu'en septembre 2002, puis de 0 % au-delà.

8. Par décision du 12 février 2004, l'OCAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité pour la période d'avril 2001 à décembre 2002.
9. Par décision sur opposition du 28 juillet 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition et confirmé sa décision initiale.
10. Par acte du 19 août 2004, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle a produit un nouveau certificat médical du Dr C_____, daté du 19 août 2004. Le médecin y déplorait "une opacité totale de l'assurance sur la justification de ses décisions d'aptitude ou d'inaptitude au travail" et le fait de n'avoir toujours pas reçu copie du rapport du SMR sur lequel s'était fondé l'office. Pour le surplus, il expliquait que sa patiente n'est plus apte qu'à 50 % depuis le 8 mai 2000 en raison d'une dépression chronique (attestée par les psychiatres lors d'un séjour en clinique

du 7 au 13 juillet 2004) et de la symptomatologie douloureuse. Selon lui, cette incapacité de travail était durable et une activité professionnelle à 100 % est exclue.

11. Dans sa réponse du 16 septembre 2004, l'OCAI a conclu au rejet du recours.
12. Dans sa réplique du 30 novembre 2004, l'assurée a conclu à ce que l'octroi de la demi-rente d'invalidité qui lui avait été allouée à compter du 1^{er} avril 2001 ne soit pas limitée dans le temps. Elle a rappelé qu'elle souffrait de fibromyalgie et de dépression chronique. Elle a fait valoir que ni le rapport de la Dresse D _____, ni le rapport d'examen pluridisciplinaire du SMR ne répondaient aux exigences de la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux.

La recourante a joint un résumé établi à la suite de son séjour en clinique du 7 au 13 juillet 2004, par les Dresses G _____ et H _____, du Département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève. Il en ressort qu'il s'agissait d'une première hospitalisation en entrée non volontaire en raison d'un risque auto- et hétéro-agressif majeur. Il y est expliqué que ce sont d'importantes difficultés conjugales qui ont amené la patiente à un effondrement psychique avec idées suicidaires et projet de tentamen médicamenteux et qu'elle s'était engagée à ne pas se faire du mal pendant l'hospitalisation et à reprendre un suivi ambulatoire.

Un rapport du Dr C _____ du 26 novembre 2004 était également joint à la duplique. Ce médecin y précisait que l'assuré se plaignait de plaintes multiples et constantes sur les plans somatique et psychologique. Il n'existait pas de traitement spécifique contre ces douleurs et la patiente bénéficiait d'une médication antidépressive, de même qu'un médicament contre les troubles du sommeil. Une amélioration de l'état de santé était toujours possible, mais ne semblait pas envisageable à moyen terme. L'assurée avait vu plusieurs spécialistes, mais n'avait pas souhaité un suivi psychiatrique spécifique, ne se considérant pas malade psychologiquement. Le Dr C _____ se déclarait d'accord avec la Dresse I _____ lorsque celle-ci soulignait la fragilité générale de la patiente et un pronostic réservé. Le SMR ne suivait pas cet avis qui ne lui convenait pas, alors que ce médecin avait très bien cerné la patiente. Par ailleurs, la "démotivation générale", qui constituait un trouble psychologique grave et complexe, devait être prise en compte dans l'appréciation du cas. Enfin, un essai de reprise du travail à 100 % avait échoué, de sorte que l'on pouvait confirmer que la patiente n'était pas à même de travailler à plus de 50 %.

13. Dans sa duplique du 26 janvier 2005, l'OCAI a persisté dans ses conclusions, en se référant à un avis du SMR. Ce dernier a relevé que la lettre de sortie, suite à l'hospitalisation de la recourante, ne faisait pas mention d'éléments d'aggravation durable et que le diagnostic retenu était celui de trouble dépressif récurrent sans précision de l'intensité, qui sans autre facteur associé, ne justifiait pas une diminution de la capacité de travail. Sous réserve d'un rapport du médecin psychiatre, ce dernier a maintenu ses conclusions.

14. Par courrier du 21 février 2005, l'assurée a relevé que l'autorité intimée avait admis que les expertises réalisées jusque là ne répondaient pas aux conditions de la jurisprudence et demandé que soit mise sur pied une expertise psychiatrique judiciaire.
15. Par arrêt du 1er décembre 2005, le Tribunal de céans a admis partiellement le recours et renvoyé la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Le tribunal précisait que les pièces médicales au dossier ne permettaient pas de déterminer le degré d'invalidité de la recourante et qu'un psychiatre indépendant devait être mandaté dans les plus brefs délais, à charge pour lui de déterminer, du point de vue psychiatrique, quelles activités étaient encore exigibles de la recourante et dans quelle mesure. En particulier, l'expertise psychiatrique figurant au dossier était succincte et incomplète. Le rapport de SMR, a priori probant, était contesté par le médecin traitant mais surtout par les faits, vu l'hospitalisation non volontaire de la recourante en juillet 2004.
16. L'OCAI a mandaté le Dr J_____, psychiatre et psychothérapeute F.M.H., qui a rendu son rapport le 14 août 2006.

Après avoir procédé à l'anamnèse familiale et personnelle et mentionné les plaintes de la recourante, l'expert a procédé au status clinique, physique et psychique. L'expert retient comme diagnostics un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique, présent depuis 1991, ainsi qu'une neurasthénie, présente depuis environ 1998. Dans son appréciation du cas, l'expert retient que le diagnostic de dépression paraît évident, la recourante ayant fait au moins trois épisodes dépressifs depuis 15 ans. Il n'y a pas de rémission depuis 1999-2000 et l'épisode dépressif prend une allure chronique. Le traitement n'est que partiellement efficace. La recourante présente quelques traits de personnalité dépendante mais insuffisamment pour poser ce diagnostic. Elle semble s'être installée dans un rôle de malade « fibromyalgique ». L'expert relève que les critères diagnostics pour la neurasthénie partagent beaucoup de similitudes avec le tableau clinique de la fibromyalgie. Aux questions de l'OCAI, l'expert répond que la fatigue, la perte d'énergie, l'aboulie peuvent influencer la capacité à fournir un effort soutenu et rendre difficile la capacité de concentration sur une tâche ; au plan social l'irritabilité pourrait rendre plus délicate l'intégration dans une équipe de collègues. S'agissant de la capacité de travail, l'expert indique que l'expertisée semble pouvoir assumer son travail à 50 % ainsi qu'un minimum d'activités ménagères. Il retient dès lors une baisse de rendement de 50 %, depuis avril 1999. Ce taux est resté stable d'après les dires de l'expertisée et les constatations de son médecin traitant. Le traitement pourrait être modifié de façon à avoir un effet positif sur l'état dépressif et, par conséquent, permettre à la recourante de faire face à son syndrome fibromyalgique de manière plus efficace. L'impact sur la capacité de travailler pourrait être d'augmenter celle-ci de 25 % environ.

17. Dans un avis médical du 3 novembre 2006, le SMR reprend l'examen du dossier et constate que l'expertise n'a pas une pleine valeur probante. L'expert n'explique pas pourquoi il retient une incapacité de travail de 50 % depuis avril 1999, il n'examine pas les critères relatifs à la fibromyalgie, assimilable au tableau clinique de la neurasthénie, qui se trouve dans la même rubrique que le trouble somatoforme douloureux ou la somatisation dans la CIM-10. Or, selon le SMR, les critères jurisprudentiels ne sont pas remplis. Enfin, l'expert se contente de répondre aux questions sur la base de ce qu'en pense l'assurée et non sur la base de son évaluation propre, et il reste évasif se contentant de parler au conditionnel ou d'émettre des hypothèses.
18. Sur cette base, l'OCAI a adressé à la recourante un projet de décision de refus de prestation, le 21 mars 2007. Faisant valoir son droit d'être entendu, la recourante a indiqué à l'OCAI, le 19 avril 2007, qu'à son avis l'expertise devait être suivie, en tant qu'elle retient une capacité de travail maximum de 50 % à l'instar de son médecin traitant. Les questions auxquelles l'expert n'avait pas répondu auraient dû lui être soumises à nouveau, et non faire l'objet d'une réponse du SMR. Une mission complémentaire devait donc être confiée à l'expert.
19. Le 10 mai 2007, le SMR préconise une nouvelle expertise psychiatrique à confier au docteur K_____, psychiatre à Genève.
20. L'expert a rendu son rapport le 5 juillet 2007. Après avoir décrit les circonstances de l'expertise, résumé le dossier médical, et procédé à l'anamnèse familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique, l'expert examine le quotidien de la recourante et mentionne ses plaintes et ses symptômes. Il procède ensuite au status psychiatrique et retient comme diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique, une personnalité dépendante et une fibromyalgie. Il n'y a pas de diagnostic psychiatrique ayant des répercussions sur la capacité de travail. L'expert explique que la personnalité de la recourante, pathologique, n'a pas été à l'origine d'un dysfonctionnement puisqu'elle a pu s'intégrer dans le monde professionnel, de sorte qu'elle n'est pas incapacitante en soi, mais elle est à l'origine d'une fragilité psychique qui rend la recourante vulnérable à la dépression. Celle-ci se présente sous forme d'épisodes dépressifs depuis 1991, sans arrêt de travail, puis d'une rechute en 1992 dans un contexte de conflit conjugal, sans arrêt de travail connu, puis en 1999 dans un contexte d'exacerbation de douleurs. À ce moment-là un traitement antidépresseur est mis en place. Cet état est incapacitant à l'époque, une légère amélioration est signalée en septembre 2002, jusqu'au mois de juillet 2004 où elle présente un nouvel épisode dépressif qui justifie son hospitalisation. Cet épisode fait suite à la séparation d'avec son mari ; l'hospitalisation est courte (six jours), le diagnostic posé est celui d'un trouble dépressif récurrent, sans que la sévérité ne soit mentionnée ; toutefois au vu des éléments au dossier et en particulier de l'expertise psychiatrique précédente le SMR l'estime d'intensité

légère, à l'instar de ce dernier. Cet état persiste au jour de l'expertise mais ne diminue pas la capacité de travail, les éléments potentiellement limitatifs n'étant pas réalisés en l'espèce, après examen attentif. Le diagnostic de neurasthénie n'est pas repris, le SMR constatant que l'expert ne l'a pas argumenté. Après analyse des critères, le SMR rejette ce diagnostic au profit de celui de fibromyalgie, déjà diagnostiqué par deux des médecins de la recourante. Cette fibromyalgie n'est pas invalidante au sens de la jurisprudence car la recourante ne souffre pas de perte d'intégration sociale, ni d'affections corporelles chroniques expliquant l'ampleur des plaintes ; le critère de l'état psychique cristallisé n'est pas traité par le SMR qui relève que son évaluation dépasse le cadre d'une expertise et nécessite une exploration psycho-dynamique approfondie par un psychanalyste ; en revanche, les traitements se sont effectivement montrés inefficaces, seul critère réalisé. Le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques n'est pas retenu, alors qu'il a été posé par le médecin traitant, sans doute en raison d'une confusion. Ainsi, la capacité de travail est totale à l'exception d'une période d'incapacité de travail de 100 % entre avril et décembre 2000, de 50 % jusqu'en octobre 2002 et l'hospitalisation de six jours en 2004.

21. Par décision du 21 février 2008, l'OCAI a refusé toute prestation à la recourante.
22. Dans son recours du 19 mars 2008, la recourante se plaint préalablement de la violation de son droit d'être entendue, car elle n'a pas pu s'exprimer sur la nouvelle expertise psychiatrique. Sur le fond, elle conteste formellement la valeur probante de cette nouvelle expertise, s'irrite de ce que l'OCAI tente manifestement de trouver un expert qui conclut dans son sens, dans la mesure où la première expertise psychiatrique était parfaitement probante, au contraire de la seconde qui nie toute incapacité de travail, mais serait lacunaire. L'état dépressif diagnostiqué est un diagnostic séparé préexistant à tout trouble physique, qui, associé à une personnalité dépendante, empêche la recourante de travailler à plus de 50 %. Les critères jurisprudentiels sont remplis pour reconnaître la fibromyalgie comme étant invalidante en l'espèce. Elle conclut à ce qu'une expertise psychiatrique judiciaire complète soit ordonnée, la décision litigieuse annulée, et un droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1er avril 2001 constaté, avec suite de dépens.
23. Dans sa réponse du 29 avril 2008, l'OCAI conclut au rejet du recours. La violation du droit d'être entendu, reconnu en l'espèce, est réparée dans la mesure où la recourante a pu se déterminer finalement sur l'expertise litigieuse. Elle renvoie à celle-ci pour le surplus.
24. Après transmission de cette écriture à la recourante, la cause a été gardée à juger le 16 mai 2008.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal 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 (ci-après : LPGA) relatives notamment à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après : LAI). 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 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.
3. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Préalablement, il y a lieu d'examiner la plainte de la recourante selon laquelle son droit d'être entendu a été violé.

La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 129 II 504 consid. 2.2, 127 I 56 consid. 2b, 127 III 578 consid. 2c, 126 V 130 consid. 2a), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b et les références). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 V 132 consid. 2b et les arrêts cités).

Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être est toutefois réparée lorsque l'intéressé ne subit aucun préjudice de ce fait. La réparation du vice est cependant exclue en cas de violation particulièrement grave des droits des parties (HAEFELIN/ MUELLER/UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 2006, p. 204, ch. 986 s., et références y citées). Elle est admise lorsque la partie lésée a la

possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen, mais la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 consid. 2b et les références). En l'espèce, il y a lieu d'admettre que le vice de procédure est réparé puisque la recourante a pu consulter l'expertise litigieuse et se déterminer sur son contenu dans le cadre de la présente procédure.

5. La question litigieuse est de savoir si les troubles dont souffre la recourante ouvrent le droit aux prestations au sens de la LAI.
6. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, repris par l'art. 8 LPGA, l'invalidité au sens de la présente loi est 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. L'alinéa 2 précise que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Le droit à la rente est déterminé par l'art. 28 al. 1^{er} LAI - dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003 - qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est entière pour une invalidité de 66 2/3 % au moins, elle est d'une demie pour une invalidité de 50 % au moins et d'un quart pour une invalidité de 40 % au moins, en vertu du deuxième alinéa. Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins, puis la rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.

A noter que la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert psychiatre et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

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 en liaison avec l'art. 8 LPGA, 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. 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 que 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).

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. En outre, dans un arrêt récent (ATFA non publié du 8 février 2006, I 336/04, prévu pour la publication dans le Recueil officiel), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après 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 communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50).

Au nombre des critères dégagés par jurisprudence permettant de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique

(profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté.

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 et les références citées).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le TFA, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine et les références citées).

7. En l'espèce, la question litigieuse est intrinsèquement liée à l'examen de la valeur probante des rapports médicaux figurant au dossier. La recourante souhaite que la première expertise psychiatrique soit suivie, ou alors complétée par le biais d'une expertise médicale judiciaire, tandis que l'OCAI se fonde sur la deuxième expertise psychiatrique au motif que la première ne revêtait pas une valeur probante suffisante.

On rappellera que le droit fédéral ne fixe aucune prescription sur la manière d'apprécier les moyens de preuve, le principe de la libre appréciation des preuves s'appliquant en matière de procédure administrative. Dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le TFA a précisé sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves, notamment dans le domaine médical. Il convient de rappeler ici que selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. En outre, au sujet 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. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office AI (ATFA non publié du 26 octobre 2004 en la cause I 205/04).

8. S'agissant de la valeur probante des deux expertises figurant au dossier, le Tribunal constate, qu'en effet, la première expertise ne remplit pas les exigences jurisprudentielles. Relativement sommaire, elle comporte en outre davantage d'hypothèses que de véritables conclusions. L'expert exprime surtout l'avis de la recourante, même s'agissant de la capacité résiduelle de travail, alors que l'on attend de lui, au contraire, qu'il la détermine, sur la base de l'anamnèse, des pièces au dossier et de son examen clinique. Même pour les diagnostics, l'expert n'explique pas ce qui le fonde à retenir, par exemple, une neurasthénie et non une fibromyalgie, dont le SMR a signalé, à juste titre, que ces deux maladies ont un tableau clinique proche et figurent sous le même libellé de la CIM, de sorte que les différents critères jurisprudentiels auraient dû être examinés même vis-à-vis d'une neurasthénie. Par conséquent, c'est à juste titre que le SMR a mandaté un second expert. On ne peut pas voir là, à l'instar de la recourante, une volonté d'obtenir à tout prix des réponses aux questions conformes au désir - supposé - de l'OCAI de refuser toute prestation.

Certes, il apparaît que l'expert psychiatre K_____ a travaillé, antérieurement, pour le SMR en qualité de médecin-conseil. Cela ne saurait toutefois dénier toute valeur probante à son expertise. Au contraire, il faut constater que cette expertise est complète, bien documentée, que l'expert se montre clair et convaincant lorsqu'il explique pour quelle raison il retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique, de personnalité dépendante, et de fibromyalgie ; de même a-t-il clairement expliqué pour quelle raison il ne retenait pas d'incapacité de travail relatif à ces diagnostics.

Il convient de rappeler, en particulier, qu'aux termes de la jurisprudence susmentionnée un état dépressif récurrent n'est pas incapacitant en soi, la conséquence sur la capacité de travail étant grandement fonction de la sévérité de l'état dépressif. Un état dépressif léger, sujet à médication, n'est pas de nature à empêcher la recourante de travailler durablement. Dès lors, même s'il fallait considérer cet état dépressif récurrent comme un diagnostic autonome, il n'en découlerait pas pour autant une incapacité de travail durable. Quant à la fibromyalgie, il apparaît que les critères nécessités par la jurisprudence pour lui reconnaître caractère invalidant ne sont manifestement pas réalisés en l'espèce, comme l'a montré à satisfaction de droit l'expert psychiatre.

9. Par conséquent, le recours sera rejeté. Toutefois, le Tribunal de céans constate que dans sa décision litigieuse l'OCAI a omis de reprendre le droit à la rente limitée dans le temps qu'il avait, à juste titre, reconnu à la recourante dans sa précédente décision. L'expertise sur laquelle s'appuie le présent arrêt confirme, d'ailleurs, ce droit à une demi-rente limitée, puisque la recourante est reconnue totalement incapable de travailler à 100% entre avril et décembre 2000 et à 50% jusqu'en octobre 2002. Par conséquent elle a droit à une demi-rente d'invalidité du mois d'avril 2001 au mois de janvier 2003, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé, en application de l'art. 88a RAI.
10. Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006, apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Il sera donc perçu un émolument.

**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. Constate que la recourante doit être mise au bénéfice d'unedemi-rente d'invalidité entre le mois d'avril 2001 et le mois de janvier 2003.
3. Rejette le recours pour le surplus.
4. Condamne la recourante au versement d'un émolument de 200 fr..
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :

La Présidente

Yaël BENZ

Isabelle DUBOIS

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