RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1100/2005 **ATAS/708/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 22 août 2006

En la cause

Madame F_____, représentée par FSIH - Fédération Suisse pour l'Intégration des Handicapés	recourante

contre

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

Siégeant : Isabelle DUBOIS , Présidente

Mesdames Maya CRAMER et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Madame F_____ (ci-après la recourante), née en 1966, a commencé à souffrir de douleurs diffuses dès la fin de l'adolescence. A partir de 1984, elle a consulté divers médecins qui ont diagnostiqué des tendinites aux épaules et à divers endroits du corps. Elle a subi deux périodes d'incapacité totale de travail de trois mois en 1984 et en 1988.

2. De 1989 à 1994, elle a réduit à 40% son taux d'activité d'employée de commerce, étant précisé qu'à partir de 1992, elle a commencé des séances de training autogène et a suivi un traitement anti-dépresseur.

3. Dès 1994, elle a consulté le Dr A_____, médecin généraliste et médecin traitant de la recourante depuis lors, qui a diagnostiqué des tendinites à répétition et une fibromyalgie. Le 30 août 2002, ce médecin a posé le diagnostic de fibromyalgie sévère et attesté une capacité de travail nulle dès le 2 septembre 2002.

4. Du 8 janvier au 5 février 2003, l'assurée a séjourné à la Clinique fédérale de réadaptation à Novaggio dans le cadre du programme thérapeutique "management multidisciplinaire de la douleur". Dans le rapport de séjour hospitalier du 11 février 2003, les Drs B_____ et C_____ ont diagnostiqué un déconditionnement psychophysique avec fibromyalgie. Ils ont attesté une incapacité de travail de 100% dès le 1er septembre 2002 et ont proposé du point de vue rhumatologique une reprise du travail à 50% dès le 13 février 2003.

5. Le 6 avril 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, visant l'octroi d'une rente.

6. Dans son rapport du 20 juin 2003, le Dr A_____ a indiqué que, grâce à une hygiène de vie très complexe, la patiente avait réussi à stabiliser son état de santé qui s'était aggravé en été 2002, lorsqu'elle avait pris conscience de l'abus subi durant son enfance. Il a précisé que la patiente souffrait d'une fibromyalgie sévère depuis 1992, d'un syndrome dépressif-anxieux post abus actif depuis 1998 et d'un burn-out depuis l'été 2002, enfin d'un status après cholécystectomie pratiquée le 9 mai 2001. Il a attesté une capacité de travail de 50% dès le 2 juin 2003.

7. Le 15 mai 2003, l'ALLIANZ SUISSE ASSURANCES (ci-après l'assureur maladie collective) intervenant en tant qu'assurance maladie collective contre la perte de gain a mis en œuvre une expertise psychiatrique qu'elle a confiée au Dr D_____, psychiatre et psychothérapeute.

8. Dans son rapport du 17 juin 2003, l'expert a indiqué que l'assurée présentait des traits de personnalité obsessionnelle caractérisée par un perfectionnisme. Il a ajouté que les examens de sang montraient des valeurs supérieures à la norme pour la

transferrine carboxydéficitaire, ce qui permettait d'affirmer l'existence d'une absorption d'alcool nocive pour la santé avec environ 79% de certitude. Il a précisé qu'il n'avait pas retenu le diagnostic de dépression, car la patiente ne présentait pas clairement l'un des trois critères majeurs pour poser un tel diagnostic et que sa symptomatologie atypique devait être consécutive à la consommation excessive d'alcool. En définitive, l'expert a diagnostiqué essentiellement un abus d'alcool (F. 10.1) et a admis une capacité de travail de 40% dès le 2 juin 2003, 60% dès le 28 juillet 2003, 80% dès le 25 août 2003 et de 100% dès le 22 septembre 2003.

9. Dans ses certificats médicaux successifs, le Dr A_____ a attesté une capacité de travail de 40% du 2 au 30 juin 2003, puis de 30% du 1er au 31 juillet 2003, enfin de 40% dès le 1er août 2003.

10. L'assurée a fait modifier son contrat de travail afin de travailler 10% de moins dès le 1er octobre 2003, estimant que sa santé physique ne l'autorisait pas à travailler plus de 40%.

11. Lors d'un entretien téléphonique du 3 août 2004 avec le service médical régional AI (ci-après SMR), le Dr A_____ a contesté les conclusions de l'expertise. Il a indiqué que la patiente n'abusait pas d'alcool et que la capacité de travail n'atteignait pas 100% en septembre 2003.

12. Le 14 octobre 2004, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) a requis un complément d'expertise auprès du Dr D_____ quant au diagnostic retenu et à la capacité de travail.

13. Dans son rapport complémentaire du 25 novembre 2004, l'expert a indiqué que la patiente souffrait d'une hyperthyroïdie de Basedow depuis l'année 2004 et qu'elle suivait une palette de traitements relatifs à son état douloureux, à savoir psychothérapie, thérapie Mézières, natation, vélo en fitness, gymnastique à la maison et marche. Il a rapporté que la patiente se plaignait de douleurs particulièrement fortes au niveau du coude gauche qui la gênaient à chaque geste, de dorsalgies très prononcées ainsi que de lombosciatalgies, de courbatures diffuses et de fortes coliques. Il a constaté que les critères permettant le dépistage de la dépendance alcoolique par les examens de sang étaient négatifs. Il n'a mis en évidence aucune présence d'éléments dépressifs ou d'anxiété chez la patiente. Il a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant en présence de douleurs généralisées et d'une fatigue musculaire qui se manifestaient lors d'activités telles que le port de charges et l'utilisation d'un aspirateur. Par ailleurs, il a précisé que la patiente présentait des symptômes variés tels que céphalées et fatigue. Il a estimé qu'elle s'était construite une image et un statut de malade suite à une enfance difficile faite de séparations. Il a ajouté qu'elle avait certainement la capacité d'envisager un autre mode de fonctionnement où les douleurs n'auraient plus de sens. Il a également constaté la présence d'éléments particuliers sur une

structure de personnalité de type névrotique en se basant sur des tests montrant une difficulté à imaginer, une banalisation des contenus, un travestissement des images difficiles afin de les rendre acceptables, un maquillage des sentiments pénibles. Il a également relevé une personnalité rigide et une situation sociale ainsi qu'affective restreinte. Il a conclu à l'absence de limitation à la capacité de travail pour des motifs psychiatriques et à la présence de limitations de nature rhumatologique.

14. Par décision du 10 janvier 2005, l'OCAI a rejeté la demande de rente de l'assurée considérant que sa capacité de travail résiduelle était entière dès la fin du délai d'attente (1er septembre 2003).

15. Suite à l'opposition de la recourante, l'OCAI a confirmé sa position par décision sur opposition du 28 février 2005, considérant qu'elle n'apportait aucun élément nouveau probant permettant de revoir les conclusions du Dr D_____.

16. Dans son recours du 12 avril 2005, la recourante conclut, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, principalement, à l'annulation de la décision sur opposition du 28 février 2005 et au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle décision sur le droit à la rente d'invalidité et son calcul. A l'appui de son recours, elle met en exergue les contradictions contenues dans le rapport d'expertise du Dr D_____, daté du 25 novembre 2004, qui a diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux et a conclu à l'absence de maladie psychiatrique, sans examiner si les conditions jurisprudentielles à la reconnaissance du caractère invalidant de ce trouble étaient remplies. Par ailleurs, elle relève les contradictions de diagnostic entre l'expertise du Dr D_____ du 13 juin 2003 et celle du 25 novembre 2004. Enfin, elle invoque l'absence d'impartialité subjective de l'expert dès lors que, pour le même cas, il a œuvré en tant que médecin-conseil de l'ALLIANZ puis comme expert de l'OCAI.

17. Dans sa réponse du 10 mai 2005, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il considère que les circonstances particulières nécessaires pour permettre de douter de l'impartialité de l'expert font défaut. Il ajoute que l'expert a expliqué pourquoi il avait modifié son diagnostic dans son complément d'expertise et que c'est à juste titre qu'il n'avait pas retenu le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux au regard du jeune âge de la recourante.

18. Le 26 août 2005, la recourante a versé à la procédure un rapport du Dr E_____, psychiatre et psychothérapeute, daté du 22 août 2005, faisant état d'une pathologie psychique grave et invalidante. Il a précisé que, depuis son placement chez des voisins à l'âge de quatre ans, la patiente présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel avec trouble somatique (F33.01) et une alexithymie (F60.8), soit un trouble de la personnalité provoquant une incapacité à reconnaître ses propres émotions et sentiments qui ne pouvaient être vécus qu'au travers de phénomène somatiques. Il a indiqué que le trouble dépressif se

manifestait par une fatigabilité importante, une hypersomnie, une angoisse à fleur de peau et que la patiente avait un isolement social très important, sans aucune activité de loisirs. De plus, il a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) qui était la conséquence directe des troubles psychiques. Il a estimé que la patiente était incapable de travailler à plus de 40% et qu'il serait même souhaitable qu'elle ne travaillât qu'à 30%.

19. Le Tribunal de céans a ordonné une comparution personnelle des parties qui a eu lieu le 30 août 2005. La recourante a déclaré ce qui suit:

"Je souffre de tendinites chroniques depuis 1985. Actuellement je travaille toujours pour le même employeur à raison de 40%, soit trois heures et quart par jour. Dès que j'augmente mon taux d'activité, je souffre à nouveau de tendinites qui génèrent une incapacité de travail. Ce taux de 40% est un maximum, qui implique déjà une grande limitation dans ma vie sociale et l'utilisation de mes vacances à me reposer, essentiellement. Je souffre également de la thyroïde ainsi que de la vésicule biliaire de façon chronique également.(…) J'ai entrepris depuis quelques temps un suivi psychiatrique, très positif (…). Ce que je demande, c'est une rente partielle, qui corresponde à la perte de gain entre un temps plein que je souhaiterais faire et le 40% que j'arrive à exercer. Je dois en effet puiser sur mes économies. J'ai tenté une augmentation du taux d'activité à 50% depuis le printemps 2005.(…) Je précise que lors du complément d'expertise, j'étais terrorisée par l'expert, j'ai mis très longtemps à digérer sa première expertise. Il m'a paru, lors du complément, avoir mauvaise conscience à mon égard (…)".

20. A la suite de cette audience, le Tribunal de céans a ordonné l'ouverture des enquêtes, notamment l'audition des Drs A_____ et E_____ qui ont eu lieu le 20 septembre 2005. Le Dr A_____ a admis qu'il avait fixé le taux de capacité de travail à 50% en 2003, mais a expliqué qu'avec le recul il l'estimait à 40% au maximum, voire moins. Il a précisé que la péjoration du taux de capacité de travail résultait de l'apparition d'autres pathologies concernant la vésicule et la thyroïde, cette dernière générant des phénomènes physiques tels que fatigue et palpitation. Il a mentionné que, depuis 2002/2003, il avait constaté une augmentation du nombre de tendinites aux coudes et aux épaules. Il a également signalé des douleurs fessières et lombaires. Enfin, il a indiqué que la patiente n'était pas alcoolique et ne l'avait jamais été. Quant au Dr E_____, il a expliqué qu'il soignait la recourante depuis le 23 mai 2005 et que le trouble dépressif était actuellement de degré léger à moyen. Il a estimé que le trouble de la personnalité et le trouble dépressif remontaient à l'enfance et s'étaient manifestés à l'époque sous forme de ruminations incessantes, à savoir le mode d'expression chez l'enfant des troubles dépressifs. Il a ajouté qu'il avait été frappé par le discours factuel de la patiente et par son incapacité totale à parler de ses émotions. Il a confirmé que le taux d'activité professionnelle de 40% était un grand maximum actuellement. Enfin, il a précisé que la capacité de travail réduite de la patiente s'expliquait par son

épuisement tant psychique que somatique provoqué par le phénomène douloureux présent depuis l'âge de dix-huit ans, par le trouble de la personnalité et par le trouble dépressif. Pour sa part, la recourante a modifié ses conclusions et a requis l'octroi d'une rente d'invalidité de 60% dès le 1er septembre 2003.

21. Par écriture du 10 octobre 2005, après avoir soumis au SMR le rapport du Dr E_____ et les procès-verbaux de l'audition des deux médecins, l'intimé a confirmé ses conclusions.

22. Par écriture du 3 novembre 2005, la recourante a maintenu son argumentation et ses conclusions.

23. Après transmission de ces écritures aux parties par pli du 21 novembre 2005, le Tribunal de céans a gardé la cause à juger.

24. Par ordonnance d'expertise du 1er décembre 2005, le Tribunal de céans a ordonné une contre-expertise pluridisciplinaire de la recourante. Le Tribunal a constaté que les doutes émis par la recourante sur la valeur probante de l'expertise psychiatrique figurant au dossier étaient justifiés. En effet, dans sa première expertise, le Dr D_____, qui n'avait eu qu'un entretien d'une heure avec la recourante, n'a pas diagnostiqué de trouble somatoforme douloureux et s'est focalisé sur une donnée anormale de l'examen de sang pour conclure hâtivement à un abus d'alcool. En conséquence, en partant d'une prémisse erronée, il a conclu que les troubles dépressifs atypiques étaient une conséquence de l'abus d'alcool. Les résultats des examens de sang tout à fait normaux effectués par la clinique de Novaggio quatre mois auparavant auraient dû l'inciter à plus de rigueur scientifique. Quant au complément d'expertise, il ne contient pas tous les éléments nécessaires au Tribunal de céans pour statuer. En effet, le Dr D_____ conclut, sur la base de son expérience médicale et de l'absence de symptomatologie psychiatrique majeure, à l'absence de diagnostic psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail. En revanche, à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, il retient un trouble somatoforme douloureux sans, toutefois, examiner les critères fixés par la jurisprudence pour admettre ou non le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux persistant (cf. ATF 130 V 352). Un délai de 10 jours a été fixé aux parties pour déposer une liste de questions et un nom d'expert.

25. En date du 13 janvier 2005, Tribunal de céans a transmis la mission d'expertise au CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LAUSANNE, POLYCLINIQUE MÉDICALE ET UNIVERSITAIRE (ci-après PMU). Outre les questions usuelles, l'expert devait répondre aux questions relatives au caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux, si un tel trouble était diagnostiqué.

26. La PMU a rendu son rapport le 8 mai 2006. Trois examens de la recourante ont eu lieu, les 6, 8 et 13 mars 2006, soit un examen clinique, un consilium de rhumatologie et un consilium de psychiatrie. Après l'étude du dossier médical de la

recourante et un rappel anamnestique (anamnèse familiale, personnelle, systématique, psychosociale et professionnelle), la PMU a procédé à l'examen clinique de la recourante, à des examens paracliniques puis aux consultations spécialisées. Les diagnostics avec influence sur la capacité de travail retenus sont un syndrome polyalgique idiopathique diffus de type fibromyalgie (F 45.4), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F 33.0), et un trouble mixte de personnalité (F 62.0). L'hyperthyroïdie de BASEDOW a été retenue comme diagnostic sans influence sur la capacité de travail.

Dans l'appréciation du cas, la PMU explique que les troubles de la personnalité constatés sont nés d'un parcours de vie très difficile avec une enfance marquée par le chagrin d'une séparation décidée par sa mère puis d'une adolescence marquée par des abus sexuels. Ces troubles sont mixtes et comprennent des troubles identitaires, des traits obsessionnels, des traits de personnalité anxieuse dépendante, à quoi s'ajoute une difficulté important à reconnaître et à exprimer ses émotions. Le premier épisode dépressif remonte à 1987 avec idées suicidaires, puis un burn-out s'est produit en 1991. Un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, est retenu. L'observation du psychiatre traitant, qui parle d'alexithymie, est confirmée. Le trouble de la personnalité marqué, associé au trouble dépressif récurrent et au syndrome douloureux chronique, entraîne d'importantes répercussions sur la capacité de travail de la recourante, qui ne peut maintenir qu'une activité réduite au sein d'un environnement favorable et tolérant. Actuellement c'est grâce à une intelligence et à une vivacité d'esprit au-dessus de la norme qu'elle réussit à maintenir une capacité travail de 40 %. Elle est actuellement au maximum de ses capacités d'adaptation, et la PMU considère que la capacité travail ne peut en aucun cas excéder 40 %. Sur le plan thérapeutique, le suivi médical, psychiatrique et médicamenteux, est optimal. Le pronostic est réservé en raison du fait que la recourante est actuellement au maximum de ses capacités d'adaptation.

27. Par écriture du 21 juin 2006, l'OCAI a maintenu ses conclusions relatives au rejet du recours. Selon une note du SMR, le trouble mixte de la personnalité n'est pas de nature à justifier la capacité de travail partielle de la recourante, confirmée par la PMU, car il apparaît généralement précocement au cours du développement individuel, et non pas à l'âge de 40 ans.

28. Par écriture du 3 juillet 2006, la recourante a persisté dans ses conclusions, soit l'octroi d'une rente d'invalidité de 60 % dès le 1er septembre 2003. Il conteste que le médecin du SMR, chirurgien FMH en l'occurrence, soit à même de contester les conclusions d'un expert psychiatre.

29. Par pli du 4 juillet 2006, ces écritures ont été transmises aux parties, et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La compétence du Tribunal de céans, la recevabilité du recours et l'applicabilité de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) au cas d'espèce ont déjà été examinées et admises par le Tribunal dans son ordonnance d'expertise du 1er décembre 2005 (ATAS 1048/2005).

2. La question litigieuse est de savoir si la recourante souffre d'une affection invalidante au sens de l'assurance-invalidité et, dans l'affirmative quel droit à la rente en découle.

3. A teneur de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

   L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). 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).

   Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Depuis le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

   Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1; ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b). Dans certains cas, le revenu effectif est réputé revenu d'invalide déterminant. Il faut pour cela que l'assuré exerce une

activité dans laquelle on peut admettre que sa capacité de travail résiduelle est pleinement utilisée, que le revenu réalisé corresponde au travail fourni, et que l'on peut s'attendre à ce qu'un tel revenu puisse être obtenu également ailleurs, de façon durable dans une situation équilibrée du marché du travail ou que l'on est en présence de conditions de travail particulièrement stables (cf. circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence - CIIAI chiffre 3060).

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

Dans l'arrêt VSI 1999 p. 80 susmentionné, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après TFA) a jugé qu'il n'existait pas de motif de revenir sur cette jurisprudence constante depuis l'entrée en vigueur de la LAI en 1960. Par ailleurs, il a rappelé que le critère déterminant pour délimiter la portée des deux variantes prévues à l'art. 29 al. 1 LAI est la stabilité non pas des effets économiques mais de l'atteinte à la santé (VSI 1999 p. 81 s. consid. 2a et les références).

4. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

5. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art.8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

   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). 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 dan 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. Au premier plan figure 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 traitement), 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 (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). 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 Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

6. En l'espèce, le Tribunal a été amené a ordonné une contre-expertise de la recourante, car l'expertise précédente, diligentée à la demande de l'assureur maladie collective, ne revêtait pas une valeur probante suffisante. La PMU a procédé à un examen très complet de la recourante, et a reçu celle-ci à trois reprises. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, le rapport prend également en considération les plaintes exprimées par la recourante; il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et, enfin les conclusions de l'expert sont dûment motivées. Par conséquent, la contre-expertise revêt une pleine valeur probante (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

   Sans mettre en cause directement cette dernière, l'OCAI, par le biais du SMR, considère qu'aucune maladie invalidante ne peut être retenue, d'une part car l'état dépressif ne saurait constituer une maladie psychique en soi, d'autre part parce que le diagnostic de trouble mixte de la personnalité aurait été retenu à tort. Il ne pourrait survenir vers l'âge de 40 ans, or la recourante n'a pas été entravée dans sa capacité de travail et de formation avant longtemps.

   Il est exact 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 constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; Meyer-Blaser, op. cit. p. 81, note 135). Il en va de même, par ailleurs, de la fibromyalgie, le TFA assimilant cette affection à un trouble somatoforme, plus particulièrement au syndrome douloureux somatoforme persistant (arrêt P. du 10 mars 2003, I 721/02; cf. P. A. Buchard, «Peut-on encore poser le diagnostic de fibromyalgie?», in : Revue médicale de la Suisse romande 2001, p. 443 ss, spécialement p. 446; cf. aussi Meyer-Blaser, op. cit., p. 64 n. 93).

   Cela étant, il ressort clairement de la contre-expertise que la recourante souffre d'un trouble de la personnalité « marqué » qui est responsable de la limitation à un taux de 40 % au maximum de la capacité de travail de la recourante. La PMU a expliqué de façon circonstanciée de quoi était constitué ce trouble de la personnalité, qu'elle

en était l'origine et qu'elles en étaient les conséquences sur la vie de la recourante, réduite depuis plusieurs années à l'effort nécessaire au maintien de cette capacité de travail résiduelle, par le biais de repos, de traitements divers, d'exercice physique et de physiothérapie. La comorbidité psychiatrique mentionnée par la jurisprudence du TFA est ainsi remplie en l'espèce, de sorte que les experts n'ont pas jugé utile d'examiner les autres critères prévus par la jurisprudence. Ils ont cependant attiré l'attention du lecteur sur le pronostic réservé et sur le fait que seules l'intelligence probablement au-dessus de la moyenne et une grande vivacité d'esprit avait permis à la recourante de maintenir ce taux d'activité lucrative jusqu'à ce jour, sans garantie pour l'avenir. Les critiques du SMR ne peuvent faire échec aux conclusions de la PMU. On relèvera, notamment, avec les experts, que la recourante est entravée depuis deux décennies, et non pas seulement depuis l'âge de 40 ans, et que durant plusieurs années elle n'a pas pu travailler sans toutefois percevoir des prestations. Les experts ont expliqué que la situation avait été relativement stable jusqu'à l'été 2002, où une aggravation des douleurs et un épuisement psychologique l'ont rendue totalement incapable de travailler depuis le 2 septembre 2002. Les experts qualifient cet événement de « nouvel effondrement psychologique » (cf. p. 18), qui fait suite à un burn-out en 1991 et à un premier épisode dépressif avec idées suicidaires en 1987. Déjà en 2003 la Clinique fédérale de réadaptation parlait de "déconditionnement psycho-physique" (cf. point 4 en fait). Les critiques à l'égard de la pose de ce diagnostic, par le SMR, tombent par conséquent à faux. Selon l'évaluation globale des experts, la recourante est actuellement à la limite de ses capacités d'adaptation, il n'est pas exigible d'elle qu'elle travaille davantage (cf. p. 18-19).

7. En conclusion, rien ne permet ni ne conduit à s'écarter de ces conclusions, qui confirment que le taux d'activité actuelle de la recourante est le taux d'activité maximum exigible de sa part, compte tenu des efforts que l'on peut légitimement attendre d'elle. Un cas très proche du cas d'espèce a été jugé dans le même sens par le TFA le 26 novembre 2003, en la cause I 381/03 (diagnostic de troubles somatoformes douloureux, trouble dépressif récurrent et trouble mixte de la personnalité générant une incapacité de travail de 60 % selon le COMAI).

   La capacité de travail de la recourante a été, selon les experts, nulle du 2 septembre 2002 au 1er juin 2003, puis de 40 % depuis le 1er juin 2003. Vu la teneur de l'art. 29 al. 1 let. b LAI, le droit à la rente de la recourante prend naissance le 2 septembre 2003. Par ailleurs, la recourante est titulaire d'un CFC d'employée de commerce, qu'elle met à profit auprès du même employeur depuis de très longues années. Selon le dossier, et en particulier la contre-expertise, l'environnement professionnel semble actuellement adapté, une réorientation professionnelle ne se justifiant pas. Il en découle que dans le cas de la recourante le taux d'incapacité de travail, soit 60 %, correspond au taux d'invalidité. Ce taux d'invalidité donne droit, au vu des règles susmentionnées, à une demi-rente jusqu'au 31 décembre 2003, puis à un trois-quarts de rente dès le 1er janvier 2004.

8. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens. Ceux-ci sont fixés en fonction du nombre d'écritures et de leur pertinence, de la complexité de l'affaire, du nombre d'audiences et des actes d'instruction. Ils se monteront en l'espèce à 2'400 fr.

***

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet, et annule les décisions des 10 janvier et 28 février 2005.

3. Dit que la recourante a droit à une demi-rente dès le 2 septembre 2003, et à un trois-quarts de rente dès le 1er janvier 2004.

4. Invite l'OCAI à rendre sans délai les décisions y relatives.

5. Condamne l'OCAI au versement d'une indemnité en faveur de la recourante de 2'400 fr.

6. 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).

Le greffier | La présidente

Pierre RIES | Isabelle DUBOIS

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