RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1560/2003 **ATAS/555/2006**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 15 juin 2006

En la cause

Madame C_____**,** comparant par Me Daniel MEYER, en l'étude recourante duquel elle élit domicile

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE**,** rue de Lyon 97, 1211 GENÈVE 13 intimé

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,

Mesdames Juliana BALDE et Maya CRAMER, juges

EN FAIT

1. Madame C_____, ressortissante portugaise née en janvier 1961, est arrivée en Suisse en août 1994. Sans formation professionnelle, elle a travaillé notamment en qualité de nettoyeuse et de vendeuse.

2. En date du 19 septembre 2000, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, visant à l'octroi d'une rente, en raison d'une fibromyalgie.

3. L'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a requis différents certificats auprès des médecins qui avaient traité l'assurée.

4. Dans un rapport du 16 août 1999, les Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après les HUG) ont indiqué que la patiente avait séjourné dans le département des neurosciences cliniques du 8 au 11 juin 1999. Une polyradiculonévrite aiguë (syndrome de Guillain-Barré), une fibromyalgie ainsi qu'une cervicarthrose avaient été diagnostiquées. La capacité de travail de l'assurée dans le poste de vendeuse, qu'elle occupait alors, se serait élevée à 50% dès le 21 juin 1999, puis à 100% dès le 12 juillet 1999.

5. Dans un rapport du 30 octobre 2000, le Dr A_____, spécialiste en rhumatologie, a diagnostiqué une fibromyalgie ainsi qu'un status après polyradiculonévrite aiguë en 1999. L'atteinte à la santé existait depuis 1998 et l'état de santé était stationnaire. L'assurée présentait une incapacité de travail complète depuis octobre 1999. Cependant, en position assise 2 heures par jour et en position debout 2 heures par jour, soit avec alternance des positions, la patiente pouvait présenter une capacité de travail. Elle devait cependant notamment éviter de lever des charges, d'utiliser ses bras, de se baisser, d'incliner le buste, ainsi que d'effectuer des mouvements répétitifs sollicitant le dos ou les membres.

6. Le Dr B_____, médecin traitant interniste, a adressé un rapport à l'OCAI en date du 27 novembre 2000. Il a posé les diagnostics suivants : polyradiculonévrite aiguë avec persistance d'un discret déficit au membre supérieur droit, fibromyalgie et cervicarthrose. L'atteinte à la santé existait depuis juin 1999 et l'incapacité de travail était définitive depuis le 18 avril 2000. Avant cet arrêt de travail, la patiente avait essayé d'effectuer un travail à 100%, puis à 50%, essais qui s'étaient soldés par des échecs. Le Dr B_____ a joint à son rapport une attestation du Dr D_____, médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi, qui confirmait l'incapacité totale et définitive de travail de l'assurée.

7. En date du 20 août 2001, l'assurée a été soumise à une expertise médicale au département des neurosciences des HUG. Dans un rapport du 4 septembre 2001, le Dr E_____ a diagnostiqué une fibromyalgie, des cervicalgies chroniques d'origine tensionnelle probable, une lombalgie commune, ainsi qu'un status après

polyradiculonévrite aiguë en mai 1999. L'expertisée présentait principalement une symptomatologie évoquant une fibromyalgie chronique. Quatorze points sur dix-huit sur l'échelle des critères de l'American College of Rhumatology étaient douloureux à la palpation. Au plan physique, la patiente était limitée dans certaines positions. Au plan psychique, elle présentait une thymie triste évoquant un probable état dépressif. Sur le plan social, les répercussions de ses atteintes étaient moins marquées. Elle s'occupait de ses deux enfants et n'évoquait pas de problème de couple ou d'isolement social. Au vu de l'importance de la fibromyalgie, une activité comme femme de ménage, même à temps partiel, n'était pas exigible. La patiente avait présenté une incapacité de travail totale de mai 1999 à début juillet 1999, date à laquelle elle avait repris une activité professionnelle à 50%, puis à 100% dès le 15 juillet 1999, en tant que vendeuse dans une brocante. Depuis octobre 1999, en raison du changement de son activité professionnelle de vendeuse à femme de ménage, elle présentait à nouveau une incapacité totale de travail sans évolution favorable. Cependant, une activité légère, comportant des positions variées, peu contraignantes pour le dos, les genoux (pas d'accroupissement) et les bras (pas de port de charges modérées à lourdes) pourrait être exigée à 50%. Une activité telle que celle de vendeuse était envisageable. Des mesures de réadaptation professionnelle paraissaient vouées à l'échec vu le faible niveau de scolarisation. Enfin, la patiente ne présentait pas de symptôme incohérent faisant suspecter des signes de majoration. Il n'était de surcroît pas constaté, à l'examen clinique, d'expression théâtrale de la douleur ou de signes clairs de non-organicité pouvant parler en faveur d'une majoration des plaintes. L'expert préconisait une évaluation psychiatrique pour clarifier l'éventuelle présence d'un trouble psychique.

8. En date du 19 septembre 2002, l'assurée a été soumise à un examen clinique pluridisciplinaire conduit par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR Léman). A cette occasion, elle a été examinée par les Drs F_____, rhumatologue et G_____, psychiatre. Ces médecins ont posé les diagnostics suivants : trouble douloureux chronique avec points positifs de fibromyalgie et stéatopygie douloureuse des membres inférieurs, trouble statique rachidien**,** aréflexie des quatre membres après Guillain-Barré, trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen chez une personnalité émotionnellement labile à traits abandonniques et status après ménisectomie partielle interne gauche. L'expertisée présentait une fatigabilité accrue, limitant sa capacité de femme de ménage de l'ordre de 30 à 40% selon l'exigence des postes. Il fallait éviter le port de charges de plus de 10 kg. Sur le plan psychiatrique, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : état dépressif actuellement léger à moyen, angoisse d'abandon, préoccupations hypocondriaques, troubles de la tension et de la concentration, fatigabilité et retrait social relatif. Le pronostic était plutôt favorable, permettant d'envisager une reprise de travail à 60% dès la date de l'expertise, étant précisé que dans son métier cette capacité avait été nulle dès juin 1999 (date de la maladie de Guillain-Barré) pour 6 mois, puis de 60%.

9. Suite à cet examen pluridisciplinaire du 19 septembre 2002, le Dr H_____ du SMR Léman a établi un rapport de synthèse, sans examen clinique. La capacité de l'assurée actuellement exigible dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée s'élevait à 60%. L'assurée devait cependant éviter le port de charges supérieures à 10 kg. Dans ces limites, son rendement s'élevait de 60 à 70% en raison de la fatigabilité. Des mesures professionnelles n'étaient pas préconisées.

10. Par décision du 23 mai 2003, l'OCAI a octroyé à l'assurée un quart de rente d'invalidité à partir du 1er mai 2003. Par décision du 10 juin 2003, elle a été mise au bénéfice d'un quart de rente du 1er octobre 2000 au 30 avril 2003.

11. Par courrier du 17 juin 2003, l'assurée a formé opposition à ces décisions, concluant à l'octroi d'une rente sur la base d'un degré d'invalidité de 70 à 80%. Elle a fait valoir que le mode de calcul utilisé par l'OCAI pour déterminer le degré d'invalidité n'avait pas été précisé, de sorte qu'elle ne pouvait se déterminer à cet égard. En outre, comme elle n'avait travaillé qu'à temps partiel, l'OCAI aurait dû diligenter une enquête ménagère, afin de déterminer son degré d'invalidité dans les tâches ménagères. L'OCAI n'avait pas non plus tenu compte de toutes les affections dont elle souffrait, en particulier de ses problèmes psychiques pour lesquels elle avait reçu un traitement médicamenteux. Enfin, l'assurée a joint à son opposition un certificat du 5 juin 2003 du Dr B_____, selon lequel elle présentait une incapacité totale de travail depuis le 18 avril 2000 en raison notamment d'un trouble dépressif récurrent avec somatisation, d'une fibromyalgie et d'une gonarthrose gauche. Une nouvelle intervention au niveau du genou gauche devrait être pratiquée. Au vu de ces atteintes, le Dr B_____ estimait que sa patiente devait bénéficier d'une rente d'invalidité d'au minimum de 50%, voire de 75%.

12. Par décision du 22 juillet 2003, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée. En effet, le trouble douloureux chronique présenté par l'assurée, accompagné d'un trouble dépressif récurrent de degré léger à moyen, n'influençait pas sa capacité de travail de plus de 40%, conformément aux constatations de l'examen pluridisciplinaire effectué par le SMR Léman. Enfin, l'assurance-chômage avait proposé à l'assurée un poste de travail à 100% en 1999. Elle avait par conséquent été considérée comme une personne active à plein temps et il n'y avait dès lors aucune raison d'évaluer les empêchements dans la tenue de son propre ménage.

13. Par courrier du 25 août 2003, l'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière à partir du 1er octobre 2000 et, subsidiairement, à ce qu'une enquête ménagère soit ordonnée par l'OCAI. Elle a rappelé que ses problèmes de santé avaient débuté en 1999 et qu'elle avait dû alors diminuer son taux d'activité à 50%, raison pour laquelle une enquête ménagère s'imposait, afin de déterminer ses empêchements dans le cadre de son ménage. Elle

a en outre relevé que l'OCAI ne s'était basé que sur le rapport d'expertise du SMR Léman du 19 septembre 2002, négligeant de prendre en compte l'expertise du Dr E_____ de septembre 2001, ainsi que l'avis des Drs A_____, B_____ et du médecin-conseil de l'assurance-chômage. Or, tant le Dr B_____ que l'expert des HUG avaient mis en évidence l'importance de sa fibromyalgie, qui rendait impossible toute activité en tant que femme de ménage, trop contraignante. L'OCAI avait également négligé de tenir compte du syndrome dépressif qui se répercutait sur sa capacité résiduelle de travail pour un taux d'environ 20%.

14. Dans une réponse du 25 septembre 2003, l'OCAI, concluant au rejet du recours, s'est référé au rapport d'examen pluridisciplinaire effectué par le SMR Léman le 19 septembre 2002, selon lequel la recourante présentait une capacité de travail exigible de 60% dans son activité de femme de ménage dès la date dudit examen. Ce rapport avait pleine valeur probante et rien ne justifiait de s'écarter de ses conclusions. Enfin, l'intimé n'avait aucune raison de considérer l'assurée comme partiellement active puisque c'était bien une activité à plein temps que lui proposait l'assurance-chômage.

15. Par courrier du 31 octobre 2003, la recourante a persisté dans les termes de son recours.

16. Par courriers du 24 février 2005, le Tribunal de céans a demandé des renseignements concernant la recourante à la caisse de chômage UNIA, à l'Office cantonal de l'emploi, ainsi qu'à la recourante elle-même.

17. Par courrier du 31 mars 2005, la recourante a indiqué avoir travaillé du 24 septembre 1998 au 23 septembre 1999 comme vendeuse dans le cadre d'un contrat d'occupation temporaire à temps complet (32 heures hebdomadaires + 8 heures de recherche d'emploi), pour un salaire mensuel brut de 3'300 fr. Durant cette période, elle avait présenté une incapacité de travail d'un mois, en raison d'une hospitalisation. Elle avait ensuite travaillé à 50% du 7 au 18 octobre 1999 en qualité d'employée de maison au Foyer des Ecureuils.

18. Par courrier du 19 avril 2005, l'Office cantonal de l'emploi a informé le Tribunal de céans que la recourante avait bénéficié d'un délai-cadre indemnisé du 16 août 1996 au 15 août 1998. Elle avait été placée en emploi temporaire du 24 septembre 1998 au 23 septembre 1999. Elle avait présenté les incapacités de travail suivantes : du 8 au 12 février 1999 à 100%, du 17 mai au 16 juin 1999 à 100% et du 19 juin au 9 juillet 1999 à 50%.

19. Par courrier du 26 avril 2005, la caisse de chômage UNIA a répondu aux questions qui lui étaient posées. Deux délais-cadres avaient été ouverts pour la recourante, du 16 août 1996 au 15 août 1998 et du 24 septembre 1999 au 23 septembre 2001,

durant lesquels l'assurée avait eu un taux de placement de 100%. Elle avait présenté des arrêts de travail en octobre et novembre 1999.

20. Par courrier du 1er juin 2005, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait procéder à une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, leur a communiqué le nom des experts choisis et les questions qu'il souhaitait leur poser.

21. Par courrier du 6 juin 2005, l'OCAI a demandé qu'une question supplémentaire soit soumise aux experts.

22. Par ordonnance du 21 juin 2005, le Tribunal de céans a mandaté les Docteurs I_____ et J_____ pour une expertise médicale, rhumatologique et psychiatrique.

23. Dans son expertise du 24 février 2006, la Dresse J_____, rhumatologue, a relevé que l'assurée se plaignait de douleurs localisées aux deux coudes, puis de cervicalgies bilatérales prédominant à droite qui s'accompagnaient volontiers de céphalées en casque bilatérales, de douleurs lombaires basses prédominant à gauche, d'une gonalgie gauche diffuse, ainsi que de douleurs aux deux épaules. Depuis environ trois ans, l'assurée constatait une augmentation globale de l'intensité de ses douleurs. Actuellement, elle souffrait essentiellement de ses cervicalgies. Ses douleurs étaient accompagnées d'un cortège de symptômes multisystémiques tels qu'une fatigue importante avec des troubles du sommeil, des troubles de la concentration et de la mémoire, une diminution de la libido, une difficulté à gérer le stress, des palpitations, etc. L'experte a posé les diagnostics suivants : fibromyalgie, lombalgies chroniques communes, cervicalgies chroniques communes, épisodes de dépression récurrents actuellement en rémission, status post-radiculonévrite aiguë en 1999, status post-méniscectomie partielle interne du genou gauche et endométriose. L'expertisée remplissait les conditions définies par l'American College of Rhumatology pour la fibromyalgie, à savoir des douleurs musculo-squelettiques diffuses étendues touchant à la fois le squelette axial et les articulations périphériques, sans évidence inflammatoire active, associées à la palpation douloureuse de 18 points sur 18. L'experte estimait la capacité de travail de la recourante de 50% dans une activité adaptée, telle celle de vendeuse en magasin, évitant les mouvements répétitifs, les contraintes sur la charnière dorso-lombaire et sans port de charges de plus de 10 à 15 kilos. Cette limitation étaient due à l'exacerbation des douleurs au fil du temps ainsi qu'à la fatigabilité croissante de la patiente. Selon l'experte, l'activité de femme de chambre n'était plus exigible en raison des contraintes de ce métier sur les diverses articulations périphériques et sur le squelette axial, associées à la fatigue qui en découlait. Il était difficile d'évaluer rétroactivement si à un moment donné l'expertisée avait présenté une incapacité totale de travail, mais dans la mesure où ses douleurs étaient allées croissantes, et que son incapacité n'était que partielle aujourd'hui, elle avait

tendance à penser que sous réserve des séquelles ponctuelles liées au Guillain-Barré en 1999, la patiente ne s'était pas trouvée en incapacité totale dans le passé. Enfin, l'experte préconisait l'introduction d'un traitement médicamenteux sous forme d'un antidépresseur tricyclique, afin de moduler le seuil de la douleur.

24. Dans son expertise psychiatrique du 27 février 2006, le Dr I_____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, ainsi que d'agoraphobie sans trouble panique. Actuellement, l'expertisée ne présentait plus de symptomatologie dépressive bien que ce trouble dépressif récurrent ait valeur de maladie, et qu'il était, selon l'expert, à considérer comme une atteinte psychique indépendante. Ainsi, la patiente ne présentait plus de symptomatologie dépressive, mais une fatigabilité et quelques difficultés de concentration qu'on pouvait attribuer au trouble douloureux. L'agoraphobie pouvait être considérée comme une comorbidité psychiatrique de degré faible. Le trouble dépressif récurrent devait être considéré comme une comorbidité quand il se manifestait, ce qui n'était pas le cas aujourd'hui. Il n'existait pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable d'un point de vue psychiatrique. La recourante ne subissait pas de perte d'intégration sociale. Il n'existait pas chez elle un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique. L'on ne constatait pas d'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, puisque l'état dépressif avait répondu favorablement au traitement antidépresseur. D'un point de vue psychique, il n'y avait pas de limitations, en dehors d'un faible niveau d'éducation et de formation professionnelle. Ainsi, d'un point de vue psychiatrique, une activité à plein temps était exigible, même celle de femme de chambre. Concernant le passé, il n'y avait pas lieu de considérer que les épisodes dépressifs que l'expertisée avait connus étaient assez sévères pour réduire sa capacité de travail avant le mois d'octobre 1999. Il n'y avait pas d'arguments d'un point de vue strictement psychiatrique amenant à remettre en question la décision de l'OCAI du 10 juin 2003 de n'accorder à l'assurée que le bénéfice d'un quart de rente à partir du 1er octobre 2000.

25. Dans ses écritures après enquêtes du 3 avril 2006, l'OCAI a fait valoir que l'experte rhumatologue avait donné trop d'importance aux plaintes de la recourante, qui devait présenter une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée. L'assurée n'a quant à elle pas produit d'observations après enquêtes.

26. Par courrier du 19 mai 2006, le Tribunal de céans a informé la recourante qu'il envisageait de réformer la décision attaquée à son détriment et lui a donné la possibilité de s'exprimer sur la question ou de retirer son recours.

27. Par courrier du 29 mai 2006, la recourante a persisté intégralement dans les conclusions de son recours. Elle a allégué que l'expert psychiatre avait conclu à l'existence d'un trouble dépressif récurrent ayant valeur de maladie, ainsi qu'à une agoraphobie sans trouble panique. L'experte rhumatologue avait quant à elle

diagnostiqué une fibromyalgie, qui selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) avait valeur de maladie invalidante. Dès lors, il se justifiait pleinement d'allouer à l'assurée une rente entière d'invalidité à partir du 1er octobre 2000.

28. Par courrier du 30 mai 2006, la recourante a confirmé le maintien de son recours.

29. Sur ce, les derniers courriers ont été transmis aux parties et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à 3 juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Dans la mesure où l'incapacité de travail de la recourante a débuté en octobre 1999, ces principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 22 juillet 2003 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (voir ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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).

4. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux, est recevable, conformément à l'art. 60 LPGA.

5. a) Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre la recourante sont invalidantes et ouvrent, le cas échéant, droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

   b) Aux termes de l'art. 4 LAI, l'invalidité 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 (cf. également l'art. 8 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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1).

   Dans un arrêt récent (ATFA non publié du 8 février 2006, I 336/04, prévu pour la publication dans le Recueil officiel), 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).

   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 354 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 résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une 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, de 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) (cf. ATFA précité I 336/04, consid. 4.2.1 et 4.2.2). Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (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. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants précités - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part. Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATFA précité I 336/04, consid. 4.3).

Quant 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 I 283/03).

c) 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).

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).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration 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 le fait que celle-ci contienne 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).

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.

6. En l'occurrence, il convient tout d'abord de constater que les deux expertises judicaires remplissent les exigences posées par la jurisprudence pour leur reconnaître pleine valeur probante. Le Tribunal de céans s'appuiera par conséquent sur leurs conclusions - qui confirment les conclusions des expertises précédentes - pour déterminer si la recourante présente une atteinte à la santé invalidante lui ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

   L'experte rhumatologue diagnostique une fibromyalgie, des lombalgies chroniques communes, des cervicalgies chroniques communes, des épisodes de dépression récurrents actuellement en rémission, un status post-radiculonévrite aiguë en 1999, un status post-méniscectomie partielle interne du genou gauche et une endométriose. Actuellement, la recourante souffre cependant essentiellement de ses cervicalgies. Selon l'experte rhumatologue, elle présente une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, telle celle de vendeuse en magasin, évitant les mouvements répétitifs, les contraintes sur la charnière dorso-lombaire et sans port de charges de plus de 10 à 15 kilos. Dans la mesure où les douleurs sont allées croissantes et que l'incapacité n'est que partielle aujourd'hui, la Dresse J_____ estime que l'expertisée ne s'est pas trouvée en incapacité totale dans le passé sous réserve des séquelles ponctuelles liées au Guillain-Barré en 1999. Ainsi, selon l'experte rhumatologue, la recourante ne présente pas de substrat organique à ses douleurs et le diagnostic de fibromyalgie est posé par exclusion.

   Quant au Dr I_____, il constate que le trouble dépressif récurrent est actuellement en rémission et que l'agoraphobie sans trouble panique est de degré faible. Ainsi, la recourante ne présente plus aujourd'hui de symptomatologie dépressive. Il faut donc nier l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence.

   Se pose dès lors la question de la présence éventuelle d'autres critères dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant de la fibromyalgie.

   A l'examen des expertises psychiatrique et rhumatologique, on peut tenir pour établie l'existence d'affections corporelles chroniques. En revanche, il n'existe pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable d'un point de vue psychiatrique, ni d'état psychique cristallisé sans évolution possible au

plan thérapeutique. L'on ne constate pas non plus d'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, puisque l'état dépressif a par le passé répondu favorablement au traitement antidépresseur et que la recourante ne souffre plus à ce jour de symptomatologie dépressive. La recourante ne subit en outre pas de perte d'intégration sociale. L'expert I_____ conclut enfin que d'un point de vue psychique, il n'y a pas de limitations, en dehors d'un faible niveau d'éducation et de formation professionnelle.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, et en dépit du caractère chronique des douleurs de l'assurée encore jeune, on doit nier - d'un point de vue juridique - le caractère invalidant de sa fibromyalgie. Il convient par conséquent de s'éloigner des conclusions de l'experte rhumatologue quant à la capacité résiduelle de travail de la recourante. Enfin, c'est à juste titre que l'OCAI n'a pas conduit d'enquête ménagère au domicile de l'assurée, celle-ci ayant toujours travaillé à plein temps, sauf pendant de brèves périodes d'incapacité de travail pour cause de maladie. Partant, la recourante ne saurait prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité. Les décisions de l'OCAI d'octroi d'un quart de rente dès le mois d'octobre 2000 doivent donc être annulées.

7. Le recours mal fondé sera par conséquent rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Refuse à la recourante tout droit à une prestation de l'assurance-invalidité.

3. Annule les décisions de l'intimé des 23 mai et 22 juillet 2003.

4. Dit que la procédure est gratuite.

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre la présente ordonnance 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 :

Janine BOFFI Karine STECK

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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