RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1761/2002 **ATAS/650/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

2ème chambre

du mardi 24 août 2004

En la cause

Madame D_____, comparant par Me Maurizio LOCCIOLA, avocat, en l'Etude duquel elle élit domicile, recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, 97, rue de Lyon à Genève intimé

Siégeant : Madame Isabelle DUBOIS, Présidente, Doris WANGELER et Juliana BALDE, juges.

EN FAIT

1. Madame D_____, ressortissante portugaise, est née le janvier 1952. Mariée et mère de deux enfants (aujourd'hui majeurs), elle est arrivée en Suisse le 8 septembre 1985.

2. Sans formation professionnelle, elle a travaillé en qualité de nettoyeuse chez X_____ de 1986 à 1990, puis a exercé la profession d'employée de conditionnement auprès de Y_____ du 7 novembre 1990 au 31 mars 1997, date à laquelle elle a été licenciée pour des raisons économiques. Depuis, l'assurée a bénéficié d'indemnités de l'assurance-chômage jusqu'au 31 mars 1999. Elle a ensuite été placée par l'Office cantonal de l'emploi et a travaillé quelques jours dans une maison pour personnes âgées, soit du 19 au 22 avril 1999.

3. Elle s'est retrouvée dans l'incapacité totale de travailler pour cause de maladie dès le 23 avril 1999.

4. En date du 28 juillet 1999, l'assurée a déposé une demande de prestation AI sous forme de rente, se prévalant d'une atteinte à la santé (maladie musculaire) existant depuis 1996.

5. Dans un rapport médical établi le 23 novembre 1999 sur demande de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), le Docteur A_____, médecin traitant, a attesté une incapacité totale de travailler dès le 23 avril 1999 et posé un diagnostic de fibromyalgie, discopathie C5-C6 ainsi que constipation chronique et anisme. Il a exposé qu'il voyait la patiente depuis 1991, époque depuis laquelle elle se plaignait de cervico-brachialgies, migraines, dorsalgies et souffrant parallèlement de constipation chronique pour laquelle elle a subi une cure de rectocèle en 1998 qui n'a rien résolu. Des investigations faites en 1999 ont mis en évidence une discopathie C5-C6. Le Docteur A_____ a conclu : « Devant le tableau de douleurs multiples et récidivantes, qui ne répondent à aucun traitement, on ne peut retenir que le diagnostic de fibromyalgie… Le problème est que, maintenant, elle ne peut plus rien assumer et qu'elle n'est plus capable de travailler. Je ne vois pas ce qui pourrait nous permettre de sortir de ce cercle vicieux. ».

   Au vu de ce diagnostic, l'OCAI a confié un mandat d'expertise pluridisciplinaire au Centre d'Observation Médicale de l'Assurance-invalidité (ci-après COMAI) aux fins d'établir si, du point de vue physique, la patiente était en mesure d'exercer les métiers déjà connus de nettoyeuse et employée de maison.

   Il ressort ce qui suit du rapport d'expertise établi le 12 mars 2002:

   La patiente a affirmé avoir cherché à de nombreuses reprises du travail durant sa période de chômage, mais elle se considérait comme pratiquement totalement

incapable de travailler, tant dans son emploi habituel que dans tous autres emplois, et à tous taux d'occupation.

Objectivement, les médecins ont constaté 18 points de fibromyalgie positifs sur 18, avec points de contrôle également en partie positifs, ainsi que 4 signes comportementaux de Wadell positifs sur 5 et ont souligné que la patiente ne s'était toutefois jamais levée pendant l'anamnèse, d'une durée de presque deux heures, sans signes visibles d'inconfort ou latéralisation de la position, alors qu'elle affirmait ne pas pouvoir rester assise longtemps en raison de douleurs coccygiennes et anales.

Lors de la consultation spécialisée chez le Docteur B_____, rhumatologue, en date du 21 novembre 2001, ce médecin a également constaté que les 18 points de fibromyalgie étaient tous douloureux à la palpation, de même que les points dits de contrôle, ainsi que la présence de 4 groupes de signes de non organicité de Wadell sur 5. Selon l'appréciation de ce médecin :

> « Madame P_____ présente une symptomatologie diffuse de l'appareil moteur touchant tant l'hémicorps supérieur qu'inférieur, droit que gauche, avec limitation fonctionnelle algique des mouvements de la colonne cervicale, dorsolombaire, présence à l'examen de 18 points de fibromyalgie sur 18, les points dits de contrôle étant cependant également douloureux.
>
> Cette symptomatologie survient dans le cadre d'un anisme, ainsi qu'une crainte de cancer intestinal, ce dernier non confirmé par la multitude des examens gastro-antérologiques.
>
> On s'oriente dans le cas de Madame P_____ vers un syndrome douloureux somatoforme chronique de l'appareil moteur, de type fibromyalgie, cette dernière n'étant toutefois pas « classique » compte tenu que les points dits de contrôle sont également douloureux.
>
> L'appréciation de la capacité de travail comme lors de tous syndromes douloureux chroniques reste difficile et, en tenant compte des répercutions fonctionnelles de la douleur la capacité de travail d'un point de vue rhumatologique est de 50 %, pour un travail léger, ne comprenant pas des mouvements répétitifs, ni le maintien de position statique prolongée, ni des mouvements en porte-à-faux ou un port de charge supérieur à 15 Kilos.
>
> Pour les activités ménagères, la capacité de travail peut être évaluée à 80 % ».

Lors de sa consultation de psychiatrie du 29 novembre 2001, le Docteur C_____ a posé le diagnostic de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen, somatisations, trouble hypocondriaque et a conclu au vu des différents problèmes de santé que présentait Madame P_____ : « il nous paraît illusoire de penser que cette dernière puisse reprendre un jour une quelconque activité professionnelle ».

Dans l'appréciation globale du cas, les experts ont souligné que sur le plan somatique (et notamment rhumatologique), ils pouvaient conclure à l'absence de lésions organiques significatives en mesure d'expliquer les plaintes de la patiente. Selon eux, une discopathie C5-C6 avec protrusion discale devait être mentionnée, même s'il s'agissait d'une constatation devant être considérée somme toute comme banale pour l'âge de la patiente et sans répercussions significatives au niveau de la capacité de travail de Madame P_____ ; de même pour les séquelles peu prononcées de maladie de Scheueurmann au niveau de la colonne dorsale.

Ils ont précisé : « Le tableau clinique est pathognomonique d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. A l'examen clinique, le tableau observé dépasse le cadre diagnostic de la fibromyalgie, les points contrôle étant également douloureux. Tous les critères en faveur d'un syndrome douloureux somatoforme persistant sont remplis, selon le DSN-IV : douleurs dans plusieurs localisations anatomiques au centre du tableau clinique, à l'origine d'une souffrance cliniquement significative et d'une altération du fonctionnement social, professionnel et dans d'autres domaines importants; on estime que des facteurs psychologiques, jouent un rôle important dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation et la persistance de la douleur ; les symptômes ne sont pas produits intentionnellement enfin ; la douleur n'est pas mieux expliquée par d'éventuels troubles psychiatriques associés. A noter que la frontière nosologique entre la fibromyalgie et le syndrome somatoforme s'exprimant sous la forme de douleurs diffuses reste mal délimitée, ces deux entités étant possiblement à notre avis à percevoir comme des expressions différentes d'une même problématique ».

Sur le plan psychiatrique et social, les médecins ont retenu que depuis l'établissement en Suisse de façon stable, l'on avait noté l'apparition de douleurs sans substrat organique ainsi que de somatisations et avec toute vraisemblance d'un état dépressif dont l'intensité ne serait jamais sévère et pouvait être qualifiée actuellement de moyenne. Il s'agissait ainsi d'un trouble dépressif récurrent qui n'avait jamais nécessité de prise en charge psychiatrique spécialisée. Le retentissement négatif au niveau de la capacité de travail de l'état dépressif devait ainsi être relativisé.

Selon cette appréciation globale, les experts ont conclu à une capacité de travail résiduelle en tant qu'employée de conditionnement de l'ordre de 30 à 40 %, comme

cela a été discuté au sein du colloque multidisciplinaire de synthèse. En revanche, l'activité de femme de ménage ne leur a paru exigible qu'à un taux inférieur.

6. En date du 1er octobre 2002, l'OCAI a rendu une décision par laquelle il a rejeté la demande de prestations au motif que l'assurée souffrait d'un trouble somatoforme douloureux, lequel ne serait pas associé à une maladie psychiatrique grave et n'aurait pas valeur de maladie pour l'assurance-invalidité selon le Tribunal fédéral des assurances (ci-après TFA). L'OCAI a par ailleurs constaté que l'assurée souffrait d'un état dépressif pouvant être traité médicalement et ne pouvant être qualifié de maladie psychiatrique grave de sorte qu'en l'absence de pathologie ayant valeur d'invalidité, les conditions de l'art. 4 LAI faisaient défaut.

7. Dans son recours du 24 octobre 2002, Madame P_____ a fait valoir que le rapport circonstancié établi par le COMAI avait posé des diagnostics très précis et indiqué de manière on ne peut plus claire que les troubles psychiques de la recourante entraînaient une capacité de travail de l'ordre de 30 à 40 % et qu'il n'apparaissait nullement que d'autres facteurs psychosociaux expliqueraient de façon prépondérante son incapacité de travail. Elle a également fait valoir que la question de savoir si un trouble somatoforme douloureux était une maladie ou non n'était en l'espèce pas déterminante, dans la mesure où les experts n'avaient pas posé uniquement le diagnostic de trouble somatoforme douloureux mais également celui de trouble hypocondriaque et d'état dépressif et qu'à teneur de la jurisprudence, il suffisait que le diagnostic médical retienne une atteinte à la santé psychique entraînant une diminution de la capacité de travail et de gain, conclusions auxquelles sont parvenus les experts médicaux mandatés.

   La recourante a conclu à l'annulation de la décision rendue par l'OCAI en date du 1er octobre et à l'octroi d'une rente d'invalidité à 100 % dès le mois d'avril 2000.

8. Dans son préavis du 6 janvier 2003, l'OCAI a d'abord mis en exergue l'obligation incombant à tout assuré prétendant à des prestations de l'assurance-invalidité de diminuer le dommage, fût-ce au prix d'un effort considérable conformément à la jurisprudence du TFA.

   Il a ensuite souligné la force probante des conclusions prises par le COMAI dont il a confirmé la valeur supérieure à celle du médecin traitant puisque les spécialistes du COMAI ont effectué des examens complets de l'assurance. L'Office a souligné qu'il en avait largement tenu compte et que sa décision était partiellement basée sur l'expertise.

   Cela étant, il a exposé qu'il lui appartenait de procéder à une appréciation juridique et non purement médicale de chaque dossier et qu'en l'occurrence, sur le plan physique, Madame P_____ ne présentait aucune atteinte à la santé à caractère invalidant selon lui. Quant à l'aspect psychiatrique il a rappelé que les experts avaient retenu un syndrome somatoforme douloureux persistant, des somatisations,

un trouble hypocondriaque, ainsi qu'un état dépressif d'intensité moyenne. Or, selon l'OCAI, qui s'est référé à la jurisprudence du TFA, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent une incapacité de travail significative au sens de la LAI que dans la mesure où ils sont associés à une cormorbidité psychiatrique grave, divers critères doivent en outre être cumulés et le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux doit revêtir un minimum de degré de gravité.

L'OCAI a conclu que les conditions minimales fixées par le TFA faisaient défaut dans le cas d'espèce de sorte qu'il a conclu au rejet de l'ensemble des conclusions prises par la recourante et au maintien de la décision de refus de prestations du 1er octobre 2002.

9. En date du 14 février 2003, la recourante a fait valoir que le diagnostic médical posé par les experts du COMAI avait mis en évidence non seulement des troubles somatoformes douloureux mais également un trouble dépressif récurrent moyen, ainsi qu'un trouble hypocondriaque, de sorte que l'incapacité de travail se justifiait non seulement par les troubles somatoformes douloureux mais également et surtout par sa symptomatologie psychotique, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de se référer à la jurisprudence du TFA relative au seul trouble somatoforme douloureux.

   La recourante a précisé que de surcroît, même si l'on devait faire référence aux dites jurisprudences, force était de constater que le rapport d'expertise du COMAI était complet et conforme aux exigences du TFA.

   Elle a également relevé que dans la jurisprudence citée par l'OCAI, à aucun moment le TFA n'avait posé comme condition le fait que des troubles somatoformes douloureux devaient être accompagnés d'une cormorbidité psychiatrique grave mais que quoi qu'il en soit, dans son cas la cormorbidité pouvait être considérée comme telle dès lors qu'elle présentait des troubles psychotiques.

   Au vu de ces considérations, la recourante a persisté intégralement dans ses conclusions.

10. Dans sa réplique du 4 mars 2003, l'OCAI a repris ses arguments, maintenu sa position et conclu au rejet des conclusions de la recourante.

11. La cause a été transférée au Tribunal de céans avec effet au 1er août 2003, vu la modification de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire.

12. Le Tribunal a ordonné la comparution personnelle des parties, qui s'est déroulée le mardi 3 février 2004. La recourante a confirmé que le Docteur A_____ était son médecin traitant, qu'elle n'avait entrepris ni psychothérapie ni psychanalyse, mais prenait un médicament antidépresseur (Mydocalm). Elle a dit ne pas souhaiter d'acte d'instruction complémentaire, le rapport d'expertise étant clair, un droit de

réponse devant toutefois lui être réservé dès lors qu'une instruction écrite avait été décidée en vue de l'éclaircissement de certains points médicaux par le Docteur D_____ et/ou par le Docteur A_____.

13. Par courrier du 13 février 2004, le Tribunal de céans a requis du Docteur D_____ des éclaircissements quant aux points suivants :

> « 1. Le diagnostic de fibromyalgie a été posé par le médecin traitant, et confirmé par le COMAI, avec la précision de la présence « à l'examen clinique de 18 points de fibromyalgie sur 18, les points dits de contrôle étant cependant également douloureux ». Si tous les points de fibromyalgie sont présents pourquoi ne pas retenir ce diagnostic, qui constitue une maladie listée par l'OMS ?
>
> 2. En conséquence, pourquoi serait-il nécessaire d'examiner si les critères invalidants du trouble somatoforme douloureux sont présents ?
>
> 3. Quelle est la signification de l'indication suivante : « présence de quatre groupes de signes de non organicité de Wadell sur 5 » (page 12 COMAI). Cela a-t-il un lien avec la fibromyalgie ? »

En date du 30 mars 2004, le Docteur D_____ a répondu de la manière suivante aux questions posées :

> 1. En premier lieu, le Docteur D_____ a exposé que l'inscription dans la liste de l'OMS n'était pas la preuve que le trouble décrit était une maladie selon les critères médicaux.
>
>   Il a précisé que pour définir le diagnostic de fibromyalgie, en l'absence d'éléments objectifs (biologiques) les rhumatologues avaient cherché d'autres critères et choisi 18 points du corps normalement indolores à la pression, ceci dépendant toutefois de la sensibilité du sujet examiné ainsi que de la force exacte appliquée. Dès lors, si les points douloureux posaient problème en raison de leur subjectivité et dans la mesure où ils étaient souvent présents dans d'autres affections rhumatologiques ou chez des personnes présentant de l'anxiété, des troubles du sommeil ou des sentiments d'incapacité, ces points n'étaient pas spécifiques de la fibromyalgie et leur pertinence était mise en doute par certaines études.

De nombreuses hypothèses avaient été émises pour expliquer cet état douloureux et une origine multifactorielle était probable, la fibromyalgie faisant partie d'un concept que l'on pouvait nommer « syndrome douloureux » car il s'agissait de l'association de divers signes cliniques où figurent le trouble somatoforme douloureux et le syndrome de fatigue chronique. Il existait sur ce point des opinions médicales bien différentes. Il existait également des similitudes d'expression entre la fibromyalgie et le trouble somatoforme : plaintes pratiquement identiques, pas de causes connues, pas de traitements efficaces. De même, les similitudes du point de vue clinique étaient fréquentes entre la sinistrose et le trouble somatoforme au point que certains experts médicaux proposaient même d'abandonner ces deux termes lors des expertises car trop imprécis dans une situation aussi complexe. Dès lors, l'on ne pouvait utiliser ces diagnostics (fibromyalgie et trouble somatoforme douloureux) que par défaut et la tendance actuelle était de dire que la fibromyalgie et le trouble somatoforme douloureux étaient des notions équivalentes puisque décrivant une situation similaire avec des propositions thérapeutiques semblables.

Le Docteur D_____ en conclut que le diagnostic de fibromyalgie posé chez la recourante en référence aux critères définis en 1990, tous les points examinés étant douloureux, ceux de la fibromyalgie et même ceux dits de contrôle, il était difficile d'en tirer des conclusions valables.

2. En ce qui a trait aux critères invalidant du trouble somatoforme douloureux, le Docteur D_____ a expliqué qu'il s'agissait là d'une question non médicale mais médico-juridique se posant pour toutes les affections tant physiques que psychiatriques, seules comptant en principe les conséquences négatives, en particulier fonctionnelles, sur la capacité de gain. Ainsi un syndrome douloureux en soi, sans autre problème, n'avait donc pas valeur de maladie pour l'assurance-invalidité selon les critères du TFA et c'est pourquoi il était nécessaire d'examiner en détail chaque demande de prestations de rente à la lumière des critères émis selon l'affection concernée.

   Il semblerait que la présence de certains critères ait plus d'importance que d'autres plus subjectifs et difficilement contrôlables.

3. Les signes de Wadell correspondent à diverses manœuvres ou observations faites par le médecin. Ils ont été décrits par le Docteur E_____ pour évaluer si un patient présente des douleurs de nature non-organique et plus leur nombre est élevé plus la chance que le trouble soit de nature non-organique est grande. Leur présence signifie que la cause de la douleur ne provient pas d'une irritation des terminaisons nerveuses périphériques. Utilisés de manière appropriée, ces signes servent à guider la prise en charge. Il arrive que certains experts médicaux concluent que, si ces signes de Wadell sont présents, il s'agit automatiquement d'un trouble somatoforme douloureux, ce qui est abusif, d'autres situations devant aussi être évoquées.

   Dans le cas de la recourante, le Docteur D_____ a rappelé qu'il y avait quatre groupes de signes de non-organicité de Wadell sur cinq.

14. La recourante ne s'est pas prononcée sur les explications médicales du Docteur D_____, qui lui ont été transmises le 8 août 2004 avec un délai au 10 mai 2004. La cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

   Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1er juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (arrêt 1P. 183/2004).

   Egalement saisi de la question de l'inconstitutionnalité du Tribunal cantonal des assurances sociales, il a déclaré que la création de ce tribunal ne pouvait être remise en cause, vu la force dérogatoire du droit fédéral, soit en l'occurrence l'art. 57 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA). a compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

Au vu de ce qui précède, la création du TCAS en application de la LPGA est conforme à la Constitution genevoise.

L'élection des juges assesseurs ayant par ailleurs été annulée par le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 27 janvier 2004, le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février 2004, une disposition transitoire permettant au TCAS de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux assesseurs.

2. Conformément à l'art. 3 al. 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, statuant en instance unique sur les contestations en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 56 V LOJ). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (ci-après LPGA) du 6 octobre 2000 est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et n'est donc pas applicable au cas d'espèce.

4. Interjeté le 24 octobre 2002, contre la décision du 1er octobre 2002 de l'OCAI, le recours est recevable en la forme (art. 69 LAI et 84 LAVS).

5. Aux termes de l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité se définit comme la diminution de la capacité de gain 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.

   En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré-e a droit à une rente entière s'il-elle est invalide à 66 2/3 %, à une demi-rente s'il-elle est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il-elle est invalide à 40 % au moins.

   Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. 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. 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, où qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 1996 page 318 consid. 2a, page 321 consid. 1a, page 424 consid. 1a ; RCC 1992 page 182 consid. 2a et les références).

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc ; RSAS 1997 page 75 ; RAMA 1996 n° U256 pages 217ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se déterminer sur une capacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 page 260, consid. 4b). A cet égard, la doctrine a décrit en détail la tâche de l'expert médical, lorsque celui-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant de troubles somatoformes. Ainsi, sur le plan psychiatrique, l'expert doit poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur le degré de gravité de l'affection. Il doit évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assuré d'une activité lucrative. Ce pronostic tiendra compte de divers critères, telles une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, une cormorbidité psychiatrique, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale, un éventuel profit tiré de la maladie, le caractère chronique de celle-ci sans rémission durable, une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution, l'échelle de traitement conforme aux règles de l'art pour le cumul des critères précités fonde un pronostic défavorable. Enfin, l'expert doit s'exprimer sur le cadre psycho-social de la personne examinée. Au demeurant, la recommandation de refus d'une rente doit également reposer sur différents critères. Au nombre de ceux-ci figurent la divergence 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 discordances 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 psycho-social intact (VSI 2000 page 155 consid. 3c).

A noter que selon la jurisprudence fédérale, la comorbidité psychiatrique ne doit pas être grave pour être prise en considération et constitue un critère parmi les autres (ATF I 783/01 du 8.8.02 et I 275/01 du 6.5.02).

En principe le juge ne s'écarte pas sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, 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 sur-expertise ordonnée par le Tribunal en affirme 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, l'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 118 V 290 consid. 1b ; 112 V 32ss et les références).

En ce qui concerne par ailleurs la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prennent également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et qu'enfin les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. L'expertise doit donc être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoques aux questions posées. Cela dit, elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit.

6. En l'espèce, selon les conclusions de l'expertise du COMAI, la recourante ne présente pas de lésion organique significative en mesure d'expliquer ses plaintes. En revanche, d'une part les 18 points de fibromyalgie sont présents, d'autre part le tableau clinique est caractéristique d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Les experts ont souligné qu'à l'examen clinique, le tableau observé dépassait le cadre diagnostique de la fibromyalgie, les points de contrôle étant également douloureux et que tous les critères en faveur d'un syndrome douloureux somatoforme persistant étaient remplis selon le DSM-IV. Ils ont relevé notamment des douleurs dans plusieurs localisations anatomiques au centre du tableau clinique, à l'origine d'une souffrance cliniquement significative et d'une altération du fonctionnement social, professionnel ainsi que dans d'autres domaines importants ; ils ont estimé que des facteurs psychologiques jouaient un rôle important dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation et la persistance de la douleur ; que d'autre part les symptômes n'étaient pas produits intentionnellement et que la douleur n'était pas mieux expliquée par d'éventuels troubles psychiatriques associés. Sur le plan psychiatrique et social, les experts ont retenu que depuis l'établissement en Suisse l'on avait noté l'apparition de douleurs sans substrat organique, de somatisation, d'un état dépressif dont l'intensité ne serait jamais sévère mais qui était moyenne, ainsi que d'un trouble hypocondriaque. Selon cette appréciation globale, les experts ont conclu à une capacité de travail résiduelle en tant qu'employée de conditionnement de l'ordre de 30 à 40%, l'activité de femme de ménage ne leur étant paru exigible qu'à un taux inférieur.

Si le juge entend s'écarter d'une expertise, il doit motiver cette décision et il ne saurait, sans motif déterminant, substituer son appréciation à celle de l'expert, sous peine de tomber dans l'arbitraire. Autrement dit, le juge qui ne suit pas les conclusions de l'expert n'enfreint pas l'art. 9 Cst lorsque les circonstances bien établies viennent en ébranler sérieusement la crédibilité (ATF 122 V 160 consid. 1c, 119 I B 274 consid. 8a). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa).

L'on ne saurait voir de contradiction dans le rapport d'expertise. La recourante a été soumise à une expertise pluridisciplinaire. Elle a été examinée par différents spécialistes qui se sont prononcés au regard de leur spécialité respective. Toutefois, l'appréciation générale du cas et les conclusions de l'expertise ne procèdent pas de la juxtaposition de rapports médicaux ; les réponses aux questions posées ont fait l'objet d'une discussion entre les experts qui apportent des réponses communes sur la base d'un large consensus et en toute transparence scientifique. Le taux de l'incapacité de travail ne résulte pas de la simple addition de deux taux d'incapacité de travail (d'origine somatique et psychique) mais procède, bien plutôt d'une évaluation globale. Les conclusions de l'expertise sont fondées sur l'appréciation faite dans le cadre d'une présentation multidisciplinaire à laquelle participait un psychiatre consultant, de sorte que les différents éléments constituant la problématique de la recourante ont été appréciés.

Ainsi, c'est dans le cadre de la capacité résiduelle de travail de la recourante, d'une point de vue global, que celle-ci a été arrêtée à 30-40%. Les experts, dans leur concilium, ont parfaitement expliqué les raisons qui ont milité pour la reconnaissance d'une capacité résiduelle de travail de ce taux, ainsi que les raisons pour lesquelles un taux inférieur était retenu dans le cadre d'une activité de femme de ménage. Convaincantes, les explications données par les médecins du COMAI s'inscrivent dans le cadre défini par la doctrine médicale, s'agissant, comme en l'espèce, d'une expertise pluridisciplinaire. Par ailleurs, les experts n'ont pas omis de prendre en considération les éléments organiques, ceci ayant été dûment rappelé dans l'anamnèse et repris dans la discussion du cas avant l'appréciation de la composante psychique. Rien ne permet dès lors de s'en écarter.

A noter qu'en outre les éléments nécessaires selon le TFA sont remplis ici, en plus de la fibromyalgie avérée, qui constitue une maladie inscrite dans la classification de l'OMS, en particulier l'absence de traitement susceptible d'améliorer son état physique et psychique, une tentative de reprise de travail en 1999 aboutissant à un échec et l'altération de l'intégration sociale, enfin le trouble hypocondriaque.

En ce qui concerne l'appréciation faite par l'OCAI de l'expertise susmentionnée, force est de constater que le Dr D_____, médecin conseil de l'OCAI, a fait part d'un avis contradictoire à celui des experts en niant toute invalidité, mais que son appréciation toute personnelle du cas ne saurait être retenue, vu ce qui précède.

7. En conclusion, le Tribunal constate qu'en refusant toute prestation l'OCAI a erré et qu'il convient d'admettre in casu l'existence d'un trouble somatoforme douloureux ainsi que d'une fibromyalgie ayant des répercussions invalidantes sur la capacité de travail de la recourante, à hauteur de 60 à 70% (capacité de travail de 30à 40%). Sur la base de ce qui précède, l'OCAI devra évaluer l'incapacité de gain en découlant, déterminer son degré d'invalidité et accorder une rente à l'intéressée, vu l'impossibilité de toute réadaptation retenue par le COMAI.

   Par conséquent, le recours est admis au sens des considérants.

8. La recourante qui obtient gain de cause a droit à des dépens, qui seront fixés en l'espèce à 1'500fr.

******

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.

3. Annule la décision de l'OCAI du 1er octobre 2002;

4. Invite l'OCAI à rendre une nouvelle décision au sens des considérants ;

5. Condamne l'OCAI à payer 1'500,- fr. à la recourante à titre d'indemnité ;

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

La secrétaire-juriste : Alexandra PAOLIELLO

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