RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1854/2003 **ATAS/293/2005**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 30 mars 2005

6ème Chambre

En la cause

Madame A_____, comparant par Me Jacques BOROWSKY en l'étude duquel elle élit domicile — recourante

contre

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

Siégeant : **Monsieur Marc MATHEY-DORET, Juge suppléant, Mesdames Juliana BALDE et Isabelle DUBOIS, Juges.**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : la recourante), d'origine portugaise, est née le 8 décembre 1958 à Lisbonne, dans une famille aux ressources financières très modestes. Après une scolarité obligatoire menée avec beaucoup de difficulté, elle a commencé très tôt à travailler, à l'âge de 12 ans, comme couturière, puis dès 16 ans en usine.

   A l'âge de 18 ans, elle se trouve enceinte d'un compatriote qu'elle épouse. De cette union vont naître deux filles, l'une en 1977, l'autre en 1985.

   En 1981, la recourante rejoint sa mère et son mari ayant émigré en Suisse, où elle réside illégalement et travaille comme femme de ménage et femme de chambre. Renvoyée au Portugal en 1984 suite à un contrôle de police, elle reviendra s'établir définitivement en Suisse en 1987.

   Une mésentente conjugale associée des violences physiques s'installe progressivement et conduit à un divorce en 1993. Peu après son divorce, la recourante rencontre un autre compatriote qu'elle épouse en 1998.

2. Depuis son arrivée en Suisse, la recourante a essentiellement travaillé comme femme de chambre dans différents hôtels et comme femme de ménage, volontairement à mi-temps.

   Suite à la régularisation de sa situation du point de vue de son droit de séjour en Suisse, vers 1987, les périodes de travail ont alterné avec des périodes de chômage. Elle a notamment travaillé en 1996 chez Swissair durant six mois, puis dans l'entreprise Jowa durant quelques mois.

3. Depuis 1981, la recourante souffre de cervicalgies et de douleurs inter-scapulaires, associées à une importante asthénie, affections qu'elle met sur le compte de son travail physiquement exigeant et qui n'ont pas motivé de consultation médicale ni d'arrêt de travail.

   En 1992, la recourante signale une recrudescence des douleurs et de l'asthénie, dans le contexte d'une mésentente conjugale, ainsi que l'apparition d'une tristesse avec pleurs fréquents, d'une irritabilité et de crises d'angoisse. Elle consulte un médecin, lequel prescrit un traitement antidépresseur et antalgique qu'elle ne suivra pas, n'arrivant pas à admettre qu'elle est malade.

   En 1994, la recourante consulte le Dr B_____, psychiatre, qui la prendra en charge jusqu'en 1999, lequel prescrit un traitement antidépresseur. Une hospitalisation à la Clinique genevoise de Montana en été 1994 apporte une amélioration passagère de l'état dépressif et des rachialgies. Devant la persistance

de ces dernières, la recourante est adressée par le Dr B_____ à un rhumatologue, le Dr C_____, lequel diagnostique une scoliose dorsale et une discopathie C5-C6 débutante.

Ce praticien instaure un traitement de physiothérapie et un traitement antalgique et myorelaxant, qui ne donnera pas de résultat. Par contre, un traitement d'acupuncture et de manipulations douces apportera une amélioration transitoire. Une longue incapacité de travail est prescrite par le Dr B_____ du 15 octobre 1994 au 2 avril 1995.

Depuis lors, l'évolution de la symptomatologie douloureuse est fluctuante, les périodes de recrudescence coïncidant avec des aggravations de l'état psychique. Les périodes de chômage alternent avec des périodes d'activité n'excédant volontairement jamais 50% et des périodes d'incapacité de travail.

Au début de l'année 1998, l'état psychique de la recourante s'aggrave à nouveau, motivant une incapacité totale de travail du 15 avril au 31 août 1998. La symptomatologie douloureuse s'étend progressivement, avec apparition de lombalgies et de douleurs des membres supérieurs et inférieurs, résistant au traitement médicamenteux et à la physiothérapie.

En novembre 1998, découragée par la persistance de son état dépressif et de sa symptomatologie douloureuse, la recourante interrompt sa prise en charge auprès des Dr B_____ et C_____. En novembre 1999, la recourante s'adresse au Dr D_____, psychiatre, qui deviendra son médecin traitant. Le diagnostic de fibromyalgie est évoqué pour la première fois. Un traitement antidépresseur est à nouveau instauré, suivi durant environ un an, associé à la prise de somnifères et de nombreux médicaments antalgiques, sans amélioration.

Devant la persistance de l'état dépressif et de la symptomatologie douloureuse, la recourante arrête définitivement de travailler en été 2001.

4. La recourante a formé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), reçue par ce dernier le 26 octobre 1998.

   Selon le questionnaire servant à déterminer le statut de l'assuré (non daté) qu'elle a signé, la recourante indique qu'elle exercerait une activité professionnelle à 50% dans le domaine du ménage si elle était en bonne santé.

5. De nombreux rapports médicaux figurent au dossier.

   Un rapport médical de l'Institut Universitaire Psychiatrique de Genève daté du 22 juin 1994 fait état d'un diagnostic de dépression majeure, épisode isolé, moyen.

Un rapport daté du 24 novembre 1998 établi par le Dr C_____ à l'attention de l'OCAI atteste d'une incapacité de travail de 70% depuis juillet 1998 pour une durée indéterminée et fait état d'une affection psychiatrique et rhumatologique, la première prédominant dans le tableau clinique et jouant un rôle prépondérant dans l'incapacité de travail. Le diagnostic posé est celui de trouble dépressif récurrent épisode actuel d'intensité moyenne, rachialgies diffuses avec scapulalgies bilatérales d'origine musculo-ligamentaire.

Un rapport médical daté du 29 décembre 1998 a été établi par le Dr L. B_____ à la demande de l'OCAI. Il fait état de différents arrêts de travail depuis 1994 et d'une incapacité de travail de 70% depuis le 1er septembre 1998 pour une durée indéterminée. Le diagnostic posé est identique à celui mentionné par le Dr C_____.

Selon le rapport établi par le Dr C_____ à la demande l'OCAI le 23 juin 2000, l'état de santé de la recourante reste inchangé.

Dans un rapport daté du 26 juin 2000 adressé à l'OCAI, le Dr B_____ expose que l'état de santé a évolué en dents de scie jusqu'au 25 juin 1999, date de la dernière consultation. Le diagnostic posé est : trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne, crises d'angoisse.

Le Dr D_____ a adressé à l'OCAI, à la demande de ce dernier, un rapport médical daté du 4 octobre 2000, indiquant suivre la recourante pour des symptômes de dépression dans le cadre d'une fibromyalgie depuis novembre 1999. L'examen psychologique montrait plutôt un diagnostic d'angoisse que de dépression avec une personnalité pré-psychotique. La recourante se trouvait sous traitement antidépresseur. Tous les essais pour entreprendre une psychothérapie s'étaient soldés par des échecs. Elle présentait une anamnèse compatible avec un syndrome somatoforme douloureux, s'ajoutant à un trouble de la personnalité de type impulsive, impliquant des relations conflictuelles qui s'étaient renforcées dans le contexte actuel par des difficultés familiales et sociales. Selon le Dr D. D_____, il existait une incapacité de travail de 50% sur le plan psychiatrique.

6. Sur préavis de son médecin-conseil, le Dr E_____, l'OCAI a ordonné la mise sur pied d'une expertise médicale pluridisciplinaire confiée au Centre Médical d'Observation de l'Assurance-Invalidité (ci-après : COMAI).

Le COMAI a rendu son rapport en date du 1er octobre 2002.

Il ressort de la consultation rhumatologique effectuée par le Dr F_____ que la recourante souffre de rachialgies chroniques évoluant depuis une dizaine d'années, prédominant au niveau cervical, avec extension progressive de la

symptomatologie douloureuse, des douleurs diffuses apparaissant au niveau des membres supérieurs et inférieurs. L'examen clinique était rassurant, ne révélant pas de syndrome lombo-vertébral ou cervical, ni signes irritatifs ou déficitaires des membres inférieurs. Il existait par contre une positivité de nombreux points de fibromyalgie traduisant un abaissement du seuil douloureux et plusieurs signes de non-organicité. Le bilan radiologique mettait en évidence un discret trouble statique au niveau cervical et une ostéophytose reflétant une arthrose ou une maladie de Forestier débutante. Les constatations objectives ne permettaient pas d'expliquer l'ensemble de la symptomatologie douloureuse et sa sévérité invalidante. Cette atteinte douloureuse diffuse de l'appareil locomoteur, néanmoins centré au niveau du rachis, évoquait un trouble somatoforme douloureux persistant. Du point de vue rhumatologique pur et en tenant compte des limitations fonctionnelles liées aux douleurs, la capacité de travail pourrait être évaluée à 50% dans une activité allégée, en limitant les positions statiques prolongées, le port de charge et les mouvements d'extension répétés de la nuque. Après une période de réentraînement au travail, la capacité pourrait être augmentée à 70%, le pronostic étant toutefois très réservé.

Il ressort de la consultation psychiatrique effectuée par la Dresse G_____ que la recourante présente depuis des années une souffrance générale avec recrudescence de la symptomatologie douloureuse lors de toute activité ménagère ou autre activité lourde, associée à un état dépressif apparu suite au premier mariage. La recourante se trouvait régulièrement en conflit avec son second époux, évoquant une très grande impulsivité, une difficulté à garder le contrôle avec tendance à l'irritabilité et un caractère irascible. Au cours des années, l'état dépressif était devenu plus important avec, à deux reprises, un état de dépression profonde, en 1992 et 1998. Elle avait réussi à garder une très bonne relation avec ses deux filles, très soutenantes. Par contre, elle vivait très isolée sur le plan social, ne voyant pratiquement plus d'amis et surtout rarement. En synthèse, la recourante présentait une grande fragilité psychologique depuis son plus jeune âge. Facilement agissante, très impulsive, on observait une grande instabilité professionnelle. Progressivement, la recourante avait développé une symptomatologie douloureuse de plus en plus invalidante, probablement due au fait aussi que la symptomatologie de trouble de la personnalité de type borderline est connue pour s'émousser au cours des années. La recourante était très dépendante de son entourage ; elle présentait une grande fragilité qui menait à estimer son incapacité de travail à 70%.

Les experts du COMAI ont posé les diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail suivants : syndrome douloureux somatoforme persistant se manifestant principalement par des rachialgies, personnalité borderline de type impulsif, trouble dépressif récurrent, actuellement stabilisé.

En synthèse, les experts du COMAI ont retenu que l'ensemble de la symptomatologie douloureuse ne pouvait être entièrement expliquée par les constatations objectives. Après discussion multidisciplinaire, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, centré sur le rachis, était retenu, lequel se caractérisait par une extension progressive des douleurs, permanentes, et résistant à toute prise en charge thérapeutique. Une majoration des symptômes, inconsciente, n'était pas exclue, mais les experts n'avaient aucun argument permettant de suspecter une simulation volontaire. La pathologie psychiatrique était clairement au premier plan. La recourante présentait en effet une grande difficulté à garder le contrôle d'elle-même, avec une tendance à s'énerver facilement, étant rapidement irritable aux moindres frustrations et très irascible. Cette grande instabilité s'était particulièrement manifestée dans son parcours professionnel. Ces éléments faisaient retenir le diagnostic de personnalité borderline, de type impulsif. La recourante présentait par ailleurs une grande fragilité psychologique, depuis son plus jeune âge, qui a marqué son parcours de vie. Elle présentait également un trouble dépressif récurrent, actuellement stabilisé. Cette symptomatologie dépressive était présente depuis plusieurs années et semblait nettement plus importante en 1992 et 1998.

En conclusion, on se trouvait en présence d'une femme présentant une grande impulsivité, avec des décharges d'angoisse se manifestant dans l'agir, ainsi qu'une symptomatologie dépressive, apparaissant au second plan. L'assurée avait réussi à maintenir une bonne relation avec ses deux filles et son mari, lesquels semblaient être son seul soutien. En raison de son trouble de la personnalité et de la dépendance qu'elle montrait vis-à-vis de son entourage, elle risquerait de s'effondrer si elle devait se retrouver seule. Avec les années, elle avait développé une symptomatologie douloureuse de plus en plus invalidante. Toute relation thérapeutique était rendue difficile par le trouble de la personnalité associé.

Globalement, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et de l'évolution symptomatique, la recourante présentait une capacité de travail de l'ordre de 30% dans une activité physiquement allégée. Cette diminution sévère de la capacité de travail était, selon les experts du COMAI, durable. Comme facteurs de mauvais pronostic, ces derniers notaient l'importance de la pathologie psychique, en particulier le trouble de la personnalité, la sévérité du vécu douloureux ainsi que la présence d'éléments non médicaux, telle la fixation de cette situation depuis plusieurs années déjà.

7. A réception du rapport d'expertise du COMAI, le médecin-conseil de l'OCAI, le Dr E_____, a rédigé une note datée du 7 avril 2003. Selon ce dernier, aucun élément somatique ne permettait de justifier une quelconque incapacité de travail car, malgré les plaintes, il n'y avait aucune limitation fonctionnelle objective. La majoration des symptômes était certaine chez la recourante, dans le but évident de

montrer la gravité des plaintes en vue d'obtenir un avantage secondaire. La recourante avait fait de fausses déclarations au sujet de la prise de médicaments, élément dont le COMAI n'avait pas tenu compte. Le syndrome douloureux trouvait son origine exclusive dans l'histoire psychosociale de la recourante, élément qui ne relevait pas de l'assurance-invalidité. Le trouble dépressif était stabilisé et ne pouvait plus influencer la capacité de travail. La recourante avait pu travailler avec sa personnalité et on ne comprenait pas pourquoi cet élément justifierait aujourd'hui une incapacité de travail de 70%. Par contre, il semblait que la recourante présente plutôt une personnalité dépendante, à la lecture du rapport. En synthèse, les critères fixés par la jurisprudence pour reconnaître invalidant le trouble somatoforme douloureux n'étaient manifestement pas remplis.

8. En date du 11 avril 2003, l'OCAI a adressé à la recourante une décision de refus de rente, motif pris que les critères fixés par la jurisprudence devaient en l'occurrence conduire à nier que le trouble somatoforme douloureux ait valeur de maladie au sens de l'assurance-invalidité.

9. Par courrier daté du 2 mai 2003, complété le 12 mai 2003 et le 1er juillet 2003, la recourante a formé opposition contre cette décision. Elle se plaignait, en substance, du fait que l'OCAI se soit écarté sans motif des conclusions du rapport du COMAI, qui attestait clairement de l'existence de troubles psychiatriques et physiques en raisons desquels subsistait une capacité résiduelle de travail de 30% au maximum.

10. Par décision sur opposition datée du 25 août 2003, l'OCAI a rejeté l'opposition et confirmé la décision entreprise.

    Selon l'OCAI, le rapport d'expertise du COMAI ne signalait aucune limitation fonctionnelle du point de vue rhumatologique. L'ensemble de la symptomatologie douloureuse ne pouvait être expliqué par les constatations objectives et une majoration des symptômes pouvait être présente. Le trouble dépressif était stabilisé. La recourante avait réussi à conserver une très bonne relation avec ses deux filles. S'agissant de la personnalité borderline, on la retrouvait depuis le plus jeune âge sans que cela n'ait empêché, par le passé, l'exercice d'une activité lucrative.

    En référence à la note de son médecin-conseil, l'OCAI considérait que le trouble somatoforme douloureux présenté par la recourante ne remplissait pas les conditions posées par la jurisprudence pour être considéré comme invalidant.

11. Par acte daté du 25 septembre 2003, la recourante a formé recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales contre cette décision sur opposition, reprenant les arguments précédemment développés et insistant sur le fait que

l'OCAI omettait de tenir compte d'éléments importants figurant dans le rapport d'expertise du COMAI, particulièrement l'existence d'une importante co-morbidité psychiatrique.

12. Dans ses observations du 27 octobre 2003, l'OCAI a conclu au rejet du recours, reprenant pour l'essentiel les arguments développés à l'occasion de sa décision sur opposition du 25 août 2003.

13. La recourante a écrit à trois reprises au Tribunal de céans en date des 6 février et 29 octobre 2004 et 16 février 2005, afin de s'enquérir de l'avancement de la procédure.

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.

2. Déposé dans les formes et le délai imposés par la loi, le recours est recevable (art. 56 al. 1, 60 et 61 let. b de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 - LPGA).

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, respectivement sur l'existence d'un trouble de la santé invalidant au sens de l'article 4 LAI et 8 LPGA et notamment de l'incidence du trouble somatoforme douloureux sur la capacité de travail.

4. Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 199 consid. 2c/cc ; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss 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 prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b ; arrêt N. du 12 mars 2004, destiné à la publication, I 683/03, consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de

l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (arrêt N. précité, consid. 2.2.2) et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (arrêt B du 18 mai 2004, I 457/02, consid. 6.3).

5. Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie – tels des troubles somatoformes douloureux – est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre une limitation de la capacité de travail susceptible d'entraîner une invalidité (arrêt N. précité, consid. 2.2.3 ; Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in : René Schauffhauser/Franz Schlauri (éd.), Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St-Gall 2003, p. 64 s., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'article 4 al. 1 LAI (voir sur ce point Meyer-Blaser, op. cit., p. 76 ss, spéc. p. 81 s.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement plus, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb ; voir aussi Meyer-Blaser, op. cit., p. 83, spéc. 87 s.) – raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI p. 224 s. consid. 2b et les références ; arrêt N. précité, consid. 2.2.3 et les arrêts cités ; voir également ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

6. Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques distinctes ou d'un autre processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux

(VSI 2000 p. 155 consid. 2c ; arrêt N. précité, consid. 2.2.3 in fine ; Meyer-Blaser, op. cit., p 76 ss, spéc. 80 ss).

Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent (art. 40 PCF en liaison avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 en liaison avec les art. 113 et 132 OJ ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a), l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a ; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (cf. arrêt N. précité consid. 2.2.5).

7. En l'espèce, le rapport d'expertise pluridisciplinaire du COMAI répond en tous points aux exigences posées par la jurisprudence en la matière et il y a lieu par conséquent, de lui accorder une pleine valeur probante.

8. Il ressort en synthèse de ce rapport et de manière plus générale des différents avis médicaux figurant au dossier que la recourante souffre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, associé à des troubles psychiques, à savoir une personnalité borderline de type impulsif ainsi qu'un trouble dépressif récurrent (stabilisé au moment de l'expertise, au mois d'octobre 2002).

   Certes, les experts du COMAI ont relevé que les constatations objectives ne permettent pas d'expliquer l'ensemble de la symptomatologie douloureuse et sa sévérité invalidante. C'est vrai en particulier de la consultation rhumatologique effectuée par le Prof. F_____ qui, outre la positivité constatée de nombreux points de fibromyalgie, relève un bilan radiologique quasiment normal et un examen clinique qualifié de rassurant, bien que constatant une certaine surcharge fonctionnelle et des limitations fonctionnelles liées aux douleurs.

   C'est précisément sur ce constat que les experts du COMAI ont posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux chronique.

Cela étant, le Tribunal constate que les experts du COMAI ont évalué de manière circonstanciée le caractère exigible d'une reprise de travail partielle – 30% dans une activité adaptée – en fondant leur pronostic sur un examen attentif et pondéré des différents critères fixés par la jurisprudence. Ils ont, en particulier, constaté l'existence d'une pathologie psychiatrique qui se situe au premier plan, à savoir un trouble de la personnalité borderline de type impulsif, présent de longue date. Il s'agit-là, à n'en point douter, d'une comorbidité psychiatrique importante.

L'existence d'affections corporelles chroniques de longue durée résistant à tous traitements a également été dûment constatée par les experts. En outre, ces derniers ont relevé une très grande fragilité psychique chez la recourante. Une perte d'intégration sociale a également été constatée (isolement sur le plan social), les experts ayant souligné sa grande dépendance vis-à-vis de son environnement familial, qui constitue son seul soutien, expliquant que la recourante risquerait de *"s'effondrer"* si elle devait se retrouver seule.

Enfin, les experts ne relèvent pas de facteurs importants de divergence entre la description des douleurs et le comportement observé ou encore entre les informations fournies par la recourante et celles ressortant de l'anamnèse. Ils excluent en particulier toute simulation volontaire de la part de la recourante.

9. Au vu des constatations médicales qui précèdent, le Tribunal de céans considère que rien ne permet, en l'espèce, de s'écarter des conclusions des experts du COMAI s'agissant de l'estimation de l'incapacité de travail.

En présence d'une comorbidité psychiatrique dûment constatée au premier plan par les experts, d'une acuité et d'une durée importante, il y a lieu de nier le caractère exigible d'un effort de volonté supplémentaire en vue de surmonter la douleur en vue d'une réintégration dans un processus de travail au-delà de la mesure retenue par les experts, à l'issue d'un examen minutieux et d'une synthèse pluridisciplinaire motivée, sans qu'il soit nécessaire de procéder à l'examen des autres critères mentionnés par la jurisprudence.

Au demeurant, l'analyse de ces critères mène exactement au même résultat, tant il est vrai qu'ils sont en l'occurrence tous présent avec une intensité et une constance suffisantes.

Seul le soutien de l'environnement familial déroge à ce constat, comme le souligne l'intimé. On ne saurait cependant en tirer les conclusions qu'il préconise car la perte d'intégration sociale est par ailleurs dûment constatée par les experts, qui insistent également sur la très grande fragilité psychique de la recourante eu égard en particulier à sa grande dépendance vis-à-vis de ce soutien familial.

Finalement, si des facteurs psychosociaux ou socioculturels ont pu jouer un certain rôle dans l'appréciation du COMAI (référence au milieu socio-économique modeste et au parcours professionnel précoce), ils apparaissent clairement se situer à l'arrière-plan.

10. L'avis isolé du médecin-conseil de l'OCAI, qui n'est pas un spécialiste de la psychiatrie ni de la rhumatologie, ne saurait infirmer l'appréciation qui précède.

Outre le fait que ledit médecin-conseil émet des considérations juridiques qui ne relèvent pas de sa compétence, son avis repose pour l'essentiel sur des opinions subjectives qui trouvent peu ou ne trouvant pas du tout d'appui dans le dossier, le médecin-conseil insistant sur la présence d'une majoration volontaire des symptômes dans le but d'obtenir un avantage secondaire, alors que les experts du COMAI indiquent au contraire n'avoir décelé aucun argument pour suspecter une simulation volontaire de la part de la recourante. A l'inverse, le médecin-conseil n'évoque quasiment pas la pathologie psychiatrique de la recourante – soit le trouble de la personnalité borderline de type impulsif – alors qu'il se situe au premier plan.

En synthèse, cet avis médico-juridique, qui tranche avec les constatations des différents médecins consultés, particulièrement celles des experts du COMAI, ne peut être suivi.

11. En conclusion, il y a lieu de retenir, sur la base des conclusions pertinentes de l'expertise du COMAI, que la recourante présente une incapacité de travail durable et relevante au sens des articles 4 LAI et 8 LPGA, d'un taux de 70% dans une activité adaptée, physiquement adaptée, soit dans un poste permettant d'alterner les positions debout/assis, d'éviter les positions statiques prolongées et celles induisant des mouvements d'extension répétés de la nuque, à raison de 2 à 3 heures par jour, en évitant le port de charges, les travaux lourds et en tenant compte d'une formation scolaire minimale et d'une capacité d'apprentissage limitée.

L'incapacité de travail est d'au moins 25% depuis 1994 et de 70% depuis le mois de juillet 1998.

12. Le recours se révèle dès lors bien-fondé dans son principe.

Il n'est cependant pas possible, en l'état, de trancher la question du taux d'invalidité de la recourante et, partant, celle de son droit à la rente.

En effet, il ressort des éléments du dossier que la recourante présente un statut mixte, puisqu'elle indique qu'elle aurait exercé une activité professionnelle à 50% si elle n'était atteinte dans sa santé.

Il convient dès lors de renvoyer le dossier à l'OCAI, charge à ce dernier de procéder, pour le 50% restant, à une évaluation de la capacité de la recourante à exercer ses tâches ménagères habituelles, puis à déterminer son taux d'invalidité en application de la méthode mixte.

L'OCAI rendra ensuite une nouvelle décision, dans le sens des considérants.

13. La recourante, qui obtient gain de cause sur le principe, a droit à une indemnité à titre de dépens.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.

3. Annule la décision sur opposition du 25 août 2003 et renvoie la cause à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

4. Condamne l'Office cantonal de l'assurance-invalidité à verser à la recourante, à titre de dépens, la somme de fr. 1'500.-.

5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement qu'elle 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. 106 et 108 OJ).

La greffière :	Juge suppléant :
Nancy BISIN	Marc MATHEY-DORET

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