RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1921/2003 **ATAS/880/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

6ème Chambre

du 1er novembre 2004

En la cause

Madame G_____ comparant par Me Olivier CRAMER, 9 rue de la Fontaine, case postale 3781, 1211 Genève 3, en l'Etude duquel elle élit domicile	recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 Genève 13	intimé

Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente, Mesdames Doris WANGELER et Karine STECK, Juges.

EN FAIT

1. Madame G_____, ressortissante portugaise, est née le 24 juillet 1967. Mariée et mère de deux enfants, nés respectivement le 20 juillet 1988 et le 2 février 1992 ; elle est arrivée en Suisse le 27 septembre 1989.

2. Sans formation professionnelle, elle a travaillé en qualité de lingère dans une maison pour personnes âgées du 1er septembre 1994 au 10 janvier 2000.

3. Elle s'est retrouvée dans l'incapacité totale de travailler pour maladie du 1er novembre 1999 au 28 décembre 1999, a repris son activité à 50%, puis a définitivement cessé toute activité lucrative dès le 11 janvier 2000.

4. En date du 22 novembre 2000, l'assurée a déposé une demande de prestations AI sous forme de rente, se prévalant d'une atteinte à la santé (fibromyalgie diagnostiquée en 1999).

5. Dans un rapport médical établi le 20 janvier 2001 à l'attention de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), le Docteur A_____, médecin traitant, a attesté une incapacité totale de travail de durée indéterminée dès le 1er novembre 1999 et a posé les diagnostics de fibromyalgie ainsi que d'état dépressif. Il a mentionné que l'assurée souffrait depuis plusieurs années de lombosciatalgies chroniques ainsi que d'importantes douleurs articulaires.

6. Sur demande du service médical de la Winterthur Assurances liée à l'employeur de l'assurée par un contrat d'assurance maladie collective, le Docteur B_____, psychiatre, a rendu un rapport le 15 décembre 2000. Il a fait état d'un trouble dépressif majeur (F 32.1)de fibromyalgie et de facteurs de stress (décès de la grand-mère maternelle et conflit professionnel). Il a précisé que la patiente avait développé depuis plusieurs années une fibromyalgie avec une nette aggravation fin 1999, qu'elle était dans l'incapacité totale de travailler depuis mi-janvier 2000 et que dans ce contexte de douleurs poly-articulaires très invalidantes, entraînant d'importantes limitations fonctionnelles, l'assurée avait développé un état dépressif en relation avec l'intensité des crises algiques entraînent un état d'épuisement et une incapacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne.

7. Au vu de ces diagnostics, l'OCAI a confié un mandat d'expertise pluridisciplinaire au Centre d'observation médical de l'assurance-invalidité (ci-après le COMAI) en date du 18 juillet 2001, aux fins d'établir l'influence de l'état de santé de l'assurée sur sa capacité de travail et sur ses possibilités d'intégration professionnelle.

8. Il ressort ce qui suit du rapport d'expertise établi le 30 septembre 2002 :

   L'assurée s'est plainte avant tout de douleurs chroniques de la ceinture cervico-scapulaire et de lombalgies, apparues dans le contexte de conflits avec une

collègue, lesdites douleurs étant permanentes, présentes tant le jour que la nuit, exacerbées lors de la station assise prolongée, de l'activité physique et du port de charges. Ces douleurs ont été évaluées à huit sur dix sur l'échelle visuelle analogique. Elle a signalé souffrir depuis quelques années de sciatalgies intermittentes, survenant tant à droite qu'à gauche et irradiant jusqu'à la cheville, ainsi que de cervicalgies irradiantes vers la tête et occasionnant des céphalées, également permanentes, et avoir des fourmillements de tout le membre supérieur gauche. L'expertisée a fait état de douleurs thoraciques depuis 1998, aggravées lors de la pression et du port de charges. Elle a décrit des douleurs « partout, comme si elle avait été tapée », plus particulièrement au niveau des mains, des genoux et des pieds, associées à des gonflements diffus. En plus de ces plaintes douloureuses, l'assurée a signalé une asthénie présente dès le réveil, une fatigabilité, une irritabilité, surtout le matin, des troubles du sommeil, des oublis fréquents, des troubles de la concentration, une baisse de l'appétit et surtout une tristesse avec pleurs fréquents. Elle a également mentionné des épisodes d'angoisse.

En novembre 1999, suite au décès de sa grand-mère maternelle qu'elle considérait comme sa mère, elle avait vécu un énorme choc et son état dépressif s'était nettement aggravé, avec une recrudescence des douleurs. Pour elle, tout avait explosé à ce moment là.

Au début de sa maladie, la situation avec son mari et ses filles avait été décrite comme difficile, mais semblait s'être améliorée du fait qu'elle savait mieux gérer ses douleurs.

L'assurée a déclaré être incapable de se projeter dans l'avenir, ne vivant qu'au jour le jour. Elle a dit souhaiter retravailler car « ça lui ferait du bien psychiquement de revoir du monde, de pouvoir communiquer avec d'autres personnes, mais que physiquement, ce sera difficile ». Elle a précisé que si elle devait retravailler, un temps complet lui semblerait absolument irréalisable.

Lors de l'examen clinique, les experts ont noté la présence de dix-huit points de fibromyalgie sur dix-huit, ainsi que l'absence de signes de non-organicité selon Waddell.

Sur le plan rhumatologique, le Professeur C_____ a précisé que l'assurée présentait des douleurs chroniques de la ceinture cervico-scapulaire, des lombosciatalgies chroniques ainsi que des douleurs diffuses des membres inférieurs et supérieurs, évoluant depuis 1996, que l'examen clinique était toutefois très rassurant quoiqu'il existe nonobstant une positivité des 18 points de fibromyalgie, traduisant clairement un abaissement du seuil douloureux. Aucune anomalie transitionnelle n'a été notée au niveau lombaire. Ainsi, du point de vue rhumatologique pur, la capacité de travail de l'assurée a été évaluée à 70 % dans une activité physiquement allégée. En effet, l'assurée devrait pouvoir changer

régulièrement de position, éviter les positions statiques prolongées et le port de charges, les mouvements répétitifs des membres supérieurs ou les positions nécessitant une extension répétée de la nuque.

Lors de sa consultation de psychiatrie du 26 juin 2002, le Docteur D_____ a posé le diagnostic de personnalité pré-psychotique avec traits dépendants (F 60.8), trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F 33.0) et fibromyalgie (M 79.0). L'expert a expliqué que de tels diagnostics mettaient en évidence une structure de personnalité présentant des déviations légères des perceptions, pensées, sensations, ainsi que des relations avec autrui qui se concrétisait chez elle par une subordination de ses propres besoins. Il a précisé que ces diagnostics psychiatriques impliquaient une incapacité de travail de l'ordre de 50 % et qu'il lui semblait nécessaire de tenter une reprise du travail à temps partiel afin que l'expertisée ne soit pas structurée définitivement par ses douleurs avec pour corollaire une conséquence non négligeable sur sa famille et plus particulièrement sur ses filles.

Dans l'appréciation globale du cas, les experts ont souligné que sur le plan somatique, et notamment rhumatologique, l'examen clinique était rassurant. L'expertisée souffrait certes de douleurs chroniques et le tableau clinique était compatible avec un syndrome douloureux diffus de l'appareil locomoteur de type fibromyalgie, mais elle était avant tout limitée par son vécu douloureux. Ils ont souligné que lors de l'évaluation, l'assurée présentait une pathologie psychiatrique, souffrant d'un trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique, l'épisode actuel étant léger. Ils ont noté que l'état dépressif avait probablement été plus important par le passé, que par ailleurs, de l'avis de leur psychiatre consultant, l'assurée avait également présenté une structure de personnalité pré-psychotique avec traits dépendants, se manifestant par des déviations légères des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui, Les experts ont conclu que, en tenant compte des aspects rhumatologiques et psychiatriques, l'assurée possédait une capacité de travail raisonnablement exigible de l'ordre de 50 %, dans une activité adaptée, physiquement allégée, en évitant les positions statiques prolongées, les ports de charges, les mouvements répétitifs des membres supérieurs et les positions entraînant une extension de la nuque. Ils ont mis en exergue, comme facteur de mauvais pronostic, l'importance du vécu douloureux, le trouble de la personnalité et la présence d'un élément non médical, à savoir la fixation de cette situation depuis plusieurs années déjà, mais non des facteurs psychosociaux ou socioculturels. Le syndrome douloureux avait vraisemblablement pris naissance dans ses conflits professionnels, sa structure de personnalité limitant ses ressources adaptatives.

En dernier lieu, ils ont précisé que la capacité de travail ne pouvait être améliorée par des mesures médicales ou professionnelles. Il était peu probable qu'une prise en charge psychothérapeutique soit accessible à l'assurée et il n'existait pas de

traitement curatif de la fibromyalgie. C'était la fibromyalgie ainsi que la comorbidité psychiatrique qui altéraient la capacité de travail et un suivi psychiatrique ne pouvait pas être envisagé, l'expertisée ne possédant pas les capacités d'élaboration nécessaires à une telle prise en charge.

9. Dans une note datée du 25 octobre 2002, le Docteur E_____, médecin-conseil de l'OCAI, a estimé que l'assurée, encore très jeune, aurait dû chercher un autre travail si celui qu'elle occupait ne lui convenait pas. Il était donc plus facile de cesser le travail quand celui-ci ne donnait pas satisfaction plutôt que d'entreprendre des démarches pour un autre poste. Par ailleurs, selon lui, tout le monde a des traits de personnalité sans que cela ne constitue une pathologie et il en va de même s'agissant d'une personnalité prépsychotique ne figurant pas dans la classification des maladies mentales. Les limitations annoncées dans la vie de tous les jours aux experts principaux ne correspondaient pas vraiment à celles faites au psychiatre et on s'apercevait que l'assurée allait à la piscine, faisait de la gym douce et gardait des contacts sociaux. Elle restait bien intégrée dans un milieu même si elle se faisait aider pour son ménage. Un événement d'exagération était probable et il s'agirait d'un handicap sélectif qui ne portait que sur le travail.

   Selon lui, en l'espèce, le syndrome douloureux n'avait pas valeur de maladie, les critères posés par le TFA pour admettre un trouble somatoforme invalidant n'étant pas remplis. En conclusion, le Docteur E_____ a considéré qu'il n'y avait « pas d'atteinte à la santé qui puisse permettre d'admettre une causalité avec l'arrêt de travail ».

   Sur une feuille annexe figure un tableau avec différents critères énumérés ainsi que deux colonnes « oui » et « non ». Le Dr. E_____ a rempli ce tableau. En considérant notamment qu'il n'y avait pas d'autres affections corporelles chroniques importantes, ni de syndrome douloureux de gravité sévère et qu'il y avait une divergence entre les plaintes décrites et le comportement observé, une allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeuraient imprécises et un éventuel profit tiré de la maladie (statut, reconnaissance, compensation, financier)

10. En date du 11 avril 2003, l'OCAI a rendu une décision par laquelle il a rejeté la demande de prestations au motif que l'assurée ne remplissait pas les conditions mises à la reconnaissance d'une invalidité vu l'absence de limitation fonctionnelle objective.

11. Dans son opposition du 27 mai 2003, l'assurée a fait valoir que le rapport circonstancié établi par le COMAI avait posé des diagnostics très précis et que les experts avaient conclu à une capacité de travail de l'ordre de 50 % dans une activité adaptée.

L'assurée a estimé présenter une invalidité devant faire l'objet d'un octroi de rente d'invalidité conformément au taux de capacité de travail résiduelle constatée par les experts du COMAI.

12. Dans sa décision sur opposition du 5 septembre 2003, l'OCAI s'est prévalu de la jurisprudence fédérale et a souligné que les critères posés par celle-ci en matière de troubles somatoformes douloureux persistants n'étaient pas réalisés en l'espèce. L'OCAI a relevé que l'assurée ne présentait pas une structure de la personnalité à caractère pré-morbide ni même une pathologie psychiatrique d'une certaine gravité et que son trouble dépressif pouvait être qualifié de léger. Il a souligné que le tableau décrit par les experts n'apparaissait pas aussi sombre que celui auquel l'on pourrait et devrait s'attendre pour reconnaître le caractère invalidant du trouble somatoforme. Dès lors, les conclusions des experts s'agissant de la capacité résiduelle de travail de Madame G_____ ne pouvaient être suivies.

    L'OCAI a par conséquent rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 11 avril 2003 de refus de rente.

13. En date du 8 octobre 2003 l'assurée a formé recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales contre la décision rendue le 5 septembre 2003 par l'OCAI en concluant préalablement à ce que le document intitulé «Note suite à l'expertise du COMAI, datée du 25 octobre 2002 et établie par le Docteur E_____, médecin conseil de l'AI» soit écarté de la procédure et principalement à l'annulation de la décision précitée. Il était incongru de solliciter l'avis du médecin-conseil de l'AI après l'expertise COMAI. Par ailleurs, la décision de refus de rente du 11 avril 2003 ne faisait pas référence à cet avis pourtant daté du 25 octobre 2002. Ce n'était que le 18 août 2003 qu'elle en avait entendu parler pour la première fois. Le Dr. E_____ utilisait des termes qui sortaient du cadre nécessaire pour poser un diagnostic. Il convenait de s'interroger sur l'impartialité de ce praticien.

    Elle a fait valoir que les critères retenus par la jurisprudence pour admettre une maladie invalidante étaient réalisés en l'espèce, contrairement à l'avis exprimé par l'OCAI et souligné que le rapport d'expertise avait une valeur probante supérieure à l'avis du médecin conseil de l'AI. En effet, ledit rapport avait été rendu au terme d'une étude fouillée de l'ensemble du dossier médical, d'expertises pluridisciplinaires approfondies et remplissait les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document.

    Elle présentait une pathologie psychiatrique qui avait été qualifiée d'épisode léger mais dont le pronostic était réservé. Or, le TFA avait admis qu'une dépression passagère avait un caractère invalidant. Elle souffrait aussi d'affections corporelles chroniques et récurrentes. Il n'y avait pas de divergence entre ses douleurs décrites et le comportement observé, celles-ci étaient d'ailleurs caractérisées. Elle se

trouvait en situation de demande de soins permanente depuis 1996. Les informations qu'elle avait fournies correspondaient à celles ressortant de son anamnèse. Les experts avaient été convaincus par ses plaintes. Enfin, hormis sa famille et quelques amies d'enfance, elle ne disposait d'aucune intégration sociale.

14. Dans son préavis du 16 octobre 2003, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

15. En date du 13 mai 2004, la recourante a sollicité du Tribunal de céans que l'OCAI se détermine quant à sa requête contenue dans ses écritures du 8 octobre 2003 visant à écarter de la procédure la note du 25 octobre 2002 du Dr E_____. Elle a également demandé que l'OCAI s'explique sur les circonstances dans lesquelles ce document avait été rédigé.

16. L'OCAI, en date du 21 juin 2004 a souligné que ladite « note » avait été établie de manière tout à fait usuelle et qu'exprimant la position du Service médical de l'OCAI, elle faisait partie intégrante du dossier de celui-ci et ne pouvait être écartée.

17. Par courrier du 5 juillet 2004, la recourante a intégralement persisté dans les termes de ses conclusions.

18. La cause a été gardée à juger.

19. Les autres éléments de fait pertinents du dossier seront repris, en tant que de besoin dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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 (ATF 130 I 226).

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 8LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cependant, le cas d'espèce reste régi par les dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid.1).

Pour les mêmes motifs, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852) ne sont pas non plus applicables (ATFA du 31 août 2003, cause I 591/03).

2. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ et 60 LPGA).

3. Le litige porte sur le point de savoir si la recourante souffre de troubles physiques et/ou psychiques limitant sa capacité de gain dans une mesure suffisante pour fonder un droit à une rente d'invalidité.

4. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité au sens de la présente loi est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Le droit à la rente est déterminé par l'art. 28 al. 1 LAI qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est entière pour une invalidité de 66 2/3% au moins, elle est d'une demie pour une invalidité de 50% au moins et d'un quart pour une invalidité de 40% au moins.

5. a) Le risque couvert par l'assurance-invalidité et donnant droit à des prestations est basé sur des faits médicaux. Pour juger des questions juridiques qui se posent, les organismes d'assurance et les juges des assurances sociales doivent dès lors se baser sur des documents qui sont établis essentiellement par des médecins (ATF 122 V 158). Ils peuvent ainsi se baser sur les rapports demandés par l'office AI aux médecins traitants, sur les expertises de spécialistes extérieurs et sur les examens pratiqués par les centres d'observation créés à cet effet (art. 69 al 2 et 72bis RAI).

Dans le cadre 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; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 15).

b) Le droit fédéral ne fixe aucune prescription sur la manière d'apprécier les moyens de preuve, le principe de la libre appréciation des preuves s'appliquant en matière de procédure administrative.

En ce qui concerne 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 prenne 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 enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 ; VSI 2000, p. 154). En outre, lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353). En d'autres termes, selon la jurisprudence, le juge ne doit, en principe, pas s'écarter sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médiaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 290 consid. 1b; ATF 112 V 32 et les références).

c) S'agissant en particulier de la note du Dr. E_____ du 25 octobre 2002, il n'y a pas lieu de l'écarter du dossier.

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel (art. 29 al. 2 Cst), dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 124 V 183 consid. 4a, 122 II 469 consid. 4a et les arrêts cités). La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable d'avoir accès au dossier. Une condition nécessaire du droit de consulter le dossier est que l'autorité, lorsqu'elle verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans son jugement, soit tenue d'en aviser les parties (ATF 124 II 137 consid. 2b, 114 Ia 100 consid. 2c et les références). Encore qu'elle ne soit pas obligée de les renseigner sur chaque

production de pièces, car il suffit qu'elle tienne le dossier à leur disposition (ATF 112 Ia 202 consid. 2a et les références ; RCC 1991 p. 107 consid. 4a ; ATFA du 25 mai 2001 en la cause I 713/00).

Or, en l'espèce, la recourante a eu connaissance de la note en cause en tous les cas en date du 18 août 2003, soit antérieurement au dépôt de son recours le 8 octobre 2003 et à la décision sur opposition du 5 septembre 2003. Elle a ainsi pu se prononcer sur cette appréciation médicale dans le cadre de la présente procédure de sorte que son droit d'être entendu a été respecté.

6. a) Selon la jurisprudence la plus récente du Tribunal fédéral des assurances (ATFA non publié du 21 avril 2004 en la cause I 870/02, ATFA non publiés du 8 juin 2004 dans les causes I 282/03 et I 283/03), des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail. 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.

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 qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant. 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'art. 4 al. 1 LAI. 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, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224ss consid. 2b et les références; arrêt N. précité consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

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 ou d'un 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 (ATFA non publié du 23 juin 2004 en la cause I 172/03 ; VSI 2000 p. 155 consid. 2c; arrêt N. précité, consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 76ss, spéc. 80ss).

Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés ci-dessus - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (cf. arrêt N. précité consid. 2.2.4. et les arrêts cités).

b) S’agissant des facteurs psychosociaux ou socioculturels et de leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le

champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine ; ATFA non publié du 18 octobre 2002 I 141/02).

7. a) En l'occurrence, le COMAI a procédé sur plusieurs jours à un examen complet et minutieux de l'état de santé de la comparante. Pour ce faire, les experts se sont appuyés sur l'entier du dossier, notamment sur les certificats des médecins ayant examiné la patiente auparavant, de sorte qu'on ne peut que constater que leur rapport se base sur un dossier bien étayé.

   Une anamnèse complète a été réalisée et la patiente a été entendue plusieurs fois par les experts. Le rapport est circonstancié et les experts du COMAI ont procédé à une séance de décision multidisciplinaire afin de parvenir à des conclusions claires. L'état de santé de la recourante a fait l'objet d'examens approfondis.

   Pour réaliser leur expertise, les médecins du COMAI ont principalement apprécié la capacité résiduelle de travail sur deux plans : rhumatologique et psychique.

   Sur le plan rhumatologique, la capacité de travail résiduelle a été estimée à 70 % dans une activité adaptée. La recourante devrait pouvoir changer régulièrement de position, évitant ainsi les positions statiques prolongées, et devrait éviter le port de charges, les mouvements répétitifs des membres supérieurs ou les positions nécessitant une extension répétée de la nuque.

   Du point de vue psychiatrique, la capacité résiduelle de travail a été évaluée à 50% par le Dr D_____, qui a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent de degré actuel léger avec syndrome somatique, une personnalité prépsychotique avec traits dépendants et fibromyalgie. A l'issue de la séance de décision multidisciplinaire, il a été retenu une diminution de la capacité de travail d'environ 50%, cela d'un point de vue global, compte tenu des avis rhumatologique et psychiatrique.

   b) Il convient d'examiner les critères fixés par la jurisprudence précitée permettant de considérer qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de se réintégrer dans un processus de travail n'est pas exigible.

   - Le collège d'experts a souligné l'existence d'une comorbidité psychiatrique qui, associée à la fibromyalgie, altérait la capacité de travail, de sorte que des mesures professionnelles ne permettraient pas de modifier celle-ci. Dès lors que l'état dépressif a été qualifié d'épisode actuel léger, le critère d'une comorbidité psychiatrique grave n'est pas réalisé, quand bien même l'état dépressif a été plus important par le passé.

   - Le critère de la chronicité et de la durée des douleurs susceptible de fonder un pronostic défavorable à propos de l'exigibilité d'une reprise de l'activité professionnelle, apparaît manifestement réalisé. Selon les conclusions des experts,

la recourante ne souffrait pas de lésion organique significative en mesure d'expliquer ses plaintes mais bien de douleurs chroniques sévères évoluant depuis 1996, de sorte que le tableau clinique était compatible avec un syndrome douloureux diffus de l'appareil locomoteur, de type fibromyalgie. Il sied de rappeler ici que, lors de l'examen clinique, les experts ont noté la présence de dix-huit points de fibromyalgie sur dix-huit et que la positivité de ces points traduit le net abaissement du seuil douloureux. Au demeurant, les experts ont souligné comme facteur de mauvais pronostic, l'importance du vécu douloureux et la fixation de cette situation depuis plusieurs années déjà.

- Dans le cadre de l'expertise, la recourante a déclaré qu'elle souhaitait retravailler car cela lui ferait du bien psychiquement de revoir du monde et de pouvoir communiquer avec d'autres personnes, ce qui démontre qu'elle souffre d'un isolement engendré par son état de santé, même si, à des fins thérapeutiques, elle fait de la gymnastique et se rend à la piscine. Il a été relevé que de temps à autre,elle fait une balade en ville mais ne sort plus beaucoup. Elle a toutefois déclaré garder des contacts sociaux avec des amies de son pays. En conséquence, bien que l'assurée souffre d'un certain isolement on ne peut retenir une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie.

- Selon les experts, la poursuite du traitement médical en cours n'est pas susceptible d'améliorer à long terme l'affection. A cet égard, les experts ont souligné qu'une prise en charge psychothérapeutique constituerait théoriquement le traitement de choix, mais au vu des faibles capacités d'élaboration de l'assurée, il semblait peu probable qu'une telle prise en charge lui soit accessible. Par ailleurs, l'histoire de la recourante démontre que le décès de sa grand-mère qu'elle considérait comme sa mère, en 1999, lui a créé un grand choc et nettement péjoré son état de santé (aggravation de l'état dépressif et recrudescence des douleurs), de telle manière qu'elle avait depuis ce moment là été dans l'incapacité totale de travailler (hormis une tentative de reprise en janvier 2000 qui s'est soldée par un échec). Cet événement n'a semble-t-il jamais été dépassé par la recourante, laquelle est restée depuis figée dans son syndrome douloureux chronique aggravé. Au vu de ce qui précède, l'on peut conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique.

f) Il convient de relever l'échec des traitements suivis dans l'amélioration de la symptomatologie actuelle, que ce soit sous forme de prise en charge médicamenteuse (antidépresseurs, anti-douleurs) ou de physiothérapie (gymnastique, piscine) ; tout ou plus ce dernier traitement permet-il d'éviter un déconditionnement physique, comme l'ont relevé les experts. La capacité de travail ne peut être améliorée par des mesures médicales ou professionnelle, si bien qu'il y a lieu d'en déduire l'échec de toute mesure de réhabilitation. Par ailleurs, les experts ont relevé qu'il n'existait pas de traitement curatif des douleurs chroniques de la fibromyalgie. Enfin, même si les dosages sanguins de l'antidépresseur étaient

à la limite de la norme, et que la posologie du traitement pourrait être augmentée, les experts ont surtout mis l'accent sur un suivi psychiatrique lequel a été qualifié de traitement de choix. Toutefois, l'inexistence d'une prise en charge psychothérapeutique ne saurait être reprochée à la recourante dès lors que les experts ont relevé que ce traitement ne lui était pas accessible.

8. Eu égard aux considérations qui précèdent et en application de la jurisprudence précitée il apparaît que le trouble somatoforme douloureux dont souffre la recourante a un caractère invalidant. Plusieurs critères déterminants consacrés par la jurisprudence en la matière se manifestent chez l'assurée avec suffisamment de constance et d'intensité (chronicité et durée des douleurs, état psychique cristallisé, échec des traitements et mesures de réhabilitation), de sorte que c'est à tort que l'OCAI s'est écarté des conclusions des experts quant à l'évaluation de l'incapacité de travail sur le plan psychique. Par ailleurs, aucun facteur psychosocial ou socioculturel n'a été évoqué par les experts pour expliquer l'incapacité de travail.

   Au demeurant, l'OCAI s'est fondé sur la note du Dr. E_____ du 25 octobre 2002 pour refuser toute prestation à la recourante. A cet égard, le Tribunal de céans constate qu'il ne ressort nullement de l'expertise et des pièces du dossier, comme le prétend le Dr. E_____, que le poste de travail de lingère ne convenait pas à l'assurée et que celle-ci avait cessé le travail par facilité plutôt que d'entreprendre des démarches pour un autre poste. De même, aucune contradiction n'apparaît dans les déclarations de l'assurée aux experts (p. 4 expertise COMAI) comparée à celles faites au psychiatre (p. 10-11 expertise COMAI). Par ailleurs, aucun élément d'exagération ne ressort des entretiens des experts du COMAI avec l'assurée. Au contraire, les experts concluent comme facteur de mauvais pronostic à l'existence d'un important vécu douloureux, un trouble de la personnalité et la fixation de cette situation depuis plusieurs années déjà. Rien ne permet non plus de conclure à l'existence d'un handicap sélectif qui ne porterait que sur le travail comme le fait le Dr. E_____ dès lors qu'il apparaît, sans que cela ne soit remis en cause par les experts, que l'assurée ne peut effectuer que de petites tâches ménagères, les lourdes tâches ainsi que les commissions voire les repas étant assurés par des tiers ou par l'époux et qu'elle subit un isolement social lié au syndrome douloureux. Enfin, c'est également à tort que le Dr. E_____ a relevé l'absence d'un syndrome douloureux de gravité sévère (les experts ayant relevé l'importance du vécu douloureux de l'assurée), une divergence entre les plaintes décrites et le comportement observé (non relevé par les experts), une allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeuraient imprécises (les experts ayant notamment relevé une positivité des 18 points de fibromyalgie) et un éventuel profit secondaire tiré de la maladie (non mentionné par les experts).

9. En conclusion, l'incapacité de travail établie par les experts du COMAI doit être confirmée, l'affection médicale qui lui est liée ayant un caractère invalidant.

L'OCAI devra fixer le droit de la recourante à une rente AI fondée sur une incapacité de travail de 50 %.

Le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'OCAI pour nouvelle décision au sens des considérants.

10. La recourante qui obtient gain de cause a droit à des dépens, qui seront fixés en l'espèce à 2'000 fr.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Au fond :

2. L'admet partiellement ;

3. Annule la décision sur opposition de l'OCAI du 5 septembre 2003 ;

4. Renvoie la cause à l'OCAI pour nouvelle décision au sens des considérants ;

5. Condamne l'OCAI à payer 2'000 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).

La greffière :	La Présidente :
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

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 le