RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2003/2003 **ATAS/392/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

3ème chambre

du 6 mai 2005

En la cause

Madame S_____, recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 3 intimé

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,

Mesdames Isabelle DUBOIS et Doris WANGELER, juges

EN FAIT

1. Madame S_____, née le 4 mai 1952, a travaillé en tant qu'esthéticienne de 1975 à 1982. Elle a ensuite exercé les professions de téléphoniste-réceptionniste, d'aide-comptable et enfin, à partir de 1987, de secrétaire-comptable.

2. Suite à une entorse du genou droit et à des problèmes lombaires, elle a bénéficié d'une rente entière de l'assurance-invalidité du 1er janvier au 31 décembre 1992, puis d'une demi-rente jusqu'au 31 janvier 1993.

3. En 1993 et 1994, elle a été assistante chez CPA Genève avant d'être licenciée pour raisons économiques. Elle a bénéficié des prestations de l'assurance-chômage depuis 1995.

4. En février 1996, le fils unique de l'assurée est décédé dans un accident ; sa mère a alors sombré dans une dépression grave et s'est finalement retrouvée, après quelques mois, dans l'incapacité totale de travailler.

5. Le 16 octobre 1998, elle a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI).

6. Dans un rapport médical daté du 22 décembre 1998, le Dr Jean-Claude A_____ a confirmé la présence d'un épisode dépressif majeur sans caractéristiques psychotiques depuis le début de l'année 1996, traité par antidépresseurs et psychothérapie, et ayant entraîné une incapacité totale de travail depuis le 14 juin 1996. Le médecin a expliqué que sa patiente était soumise à de nombreux facteurs de stress : son compagnon, après deux accidents vasculaires cérébraux, était devenu hémiplégique en septembre 1995, son fils unique était décédé dans un accident le 15 février 1996, un procès de recherche en paternité avait été initié par une femme se déclarant enceinte de lui et enfin, l'assurée souffrait d'être au chômage. D'importants troubles anxieux se sont développés, accompagnés d'insomnies, de perte de goût à la vie et de rumination obsédante (pièce 2 fourre 3 OCAI).

7. En janvier 1999, l'assurée a été hospitalisée en raison d'une maladie de Lyme. La symptomatologie douloureuse diffuse a ensuite persisté, malgré la thérapie.

8. A la demande de l'OCAI, le Dr A_____ a rempli un questionnaire complémentaire pour troubles psychiques en date du 25 février 2000. Il y a indiqué ne pas avoir revu la patiente depuis le 15 janvier 1999, date à laquelle il a pu constater que son état s'était bien amélioré. Il a expliqué qu'elle ne présentait pas de troubles de la personnalité, que les troubles psychiques étaient induits par le surmenage et une série d'événements graves, qu'on pouvait penser qu'ils pourraient disparaître ou fortement s'atténuer si les circonstances se modifiaient et que le taux

d'incapacité de travail avait été de 100% jusqu'au 15 septembre 1999. Malgré une amélioration notable de son état, les causes de l'affection persistaient. Le médecin a également mentionné que l'assurée était atteinte de borréliose.

9. Interrogé sur ce point, le Dr B_____, spécialiste en médecine interne, a diagnostiqué, dans un rapport du 15 novembre 2000, une borréliose de stade II impliquant le système nerveux central et l'appareil moteur, une maladie de Lyme et une fibromyalgie. Il a indiqué que l'incapacité de travail était totale depuis janvier 1999 et que la patiente souffrait de problèmes de concentration, de douleurs diffuses dans les muscles et les membres et d'une grande fatigabilité. S'agissant des conséquences de ces atteintes, le médecin a précisé que l'utilisation des bras était diminuée, que sa patiente pouvait parcourir 100 à 200 mètres à pied au maximum, qu'il lui était impossible de déplacer ou de lever des charges, de conserver la même position pendant longtemps ou de travailler en étant assise et qu'il lui fallait éviter le bruit et le froid. En revanche, elle pourrait travailler une à deux heures debout, sa motivation pour la reprise d'un travail ou un reclassement professionnel était bonne. Le médecin a estimé qu'une activité d'employée de bureau n'était plus envisageable en raison des douleurs et des troubles de la concentration (pièce 6 fourre 3 OCAI).

10. Une expertise pluridisciplinaire a été mise en place par l'OCAI afin de déterminer précisément les répercussions des diagnostics sur la capacité résiduelle de travail de l'assurée. Du rapport d'expertise établi en date du 26 juin 2002 par la policlinique médicale universitaire de Lausanne, il ressort que l'assurée présente des douleurs diffuses touchant tous les groupes musculaires et articulaires des membres supérieurs et inférieurs et qu'il existe une positivité de tous les points de fibromyalgie. De plus, elle présente une hyperlaxité ligamentaire, laquelle peut jouer un rôle favorisant dans les douleurs articulaires et musculaires. Concernant la maladie de Lyme, avec atteinte cutanée et neurologique, survenue en 1999, les médecins n'ont trouvé aucun argument clinique ou biologique pour évoquer une récidive. Ils ont également écarté un autre rhumatisme inflammatoire de type maladie de Still. Ils ont relevé que dans la littérature anglo-saxonne, des cas de fibromyalgie avaient été décrits suite à une borréliose, laquelle semble jouer le rôle de « trigger » et, en général, malgré l'antibiothérapie, les symptômes musculo-squelettiques perdurent.

    Du point de vue thérapeutique, le rhumatologue a conclu que la poursuite d'une activité physique régulière devait être encouragée autant que possible afin d'éviter un déconditionnement physique et qu'un traitement antidépresseur tricyclique à doses progressives pourrait être instauré dans l'idée d'élever le seuil douloureux. Selon lui, d'un point de vue purement rhumatologique, l'assurée pourrait exercer à 50% une activité adaptée évitant le port de charges, les positions statiques prolongées et les mouvements répétitifs des membres supérieurs. Après un

réentraînement et une période d'adaptation la capacité de travail pourrait être augmentée à 70%.

La Drsse C_____, psychiatre, a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, de trouble dépressif récurrent alors en rémission et de troubles de la personnalité à traits masochiques. D'un point de vue psychiatrique, elle a estimé que l'incapacité de travail était d'environ 80%.

Ont été retenus comme diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail : le status après maladie de Lyme et l'hyperlaxité ligamentaire. Le collège des médecins a finalement conclu, en tenant compte des évaluations rhumatologique et psychiatrique, à une capacité de travail fortement diminuée, évaluée à 30% dans une activité légère n'impliquant pas de charge physique importante. Ils ont expliqué que le vécu douloureux de la patiente, dont ils ont été convaincus de l'authenticité, était responsable de cet effondrement de la capacité de travail mais aussi le trouble dépressif récurrent et le trouble de la personnalité. L'assurée était désormais dans l'incapacité d'affronter et de gérer le moindre stress tel que l'on est susceptible de rencontrer presque quotidiennement dans n'importe quelle activité professionnelle. Les médecins ont estimé cette diminution sévère de la capacité de travail durable, vu la fixation de la situation depuis plusieurs années, l'importance de la symptomatologie douloureuse et le trouble de la personnalité associé. Ils ont estimé que, depuis le 14 juin 1996, date à laquelle une incapacité totale de travail avait été certifiée, l'état de l'assurée s'était progressivement aggravé, les épisodes dépressifs récidivants régulièrement durant les mois d'hiver et à l'approche de la date anniversaire du décès de son fils, la maladie de Lyme intervenant ensuite. Les médecins ont réservé leur pronostic en raison de l'importance de la symptomatologie douloureuse et de la pathologie psychiatrique associée. Ils ont également estimé que la capacité de travail ne pouvait être améliorée par des mesures médicales (pièce 8 fourre 3 OCAI).

11. Dans une note datée du 29 octobre 2002, le Dr D_____, médecin conseil de l'OCAI, a estimé qu'il y avait manifestement une discordance entre d'une part, l'intensité des plaintes et, d'autre part, l'examen clinique et les activités exercées. A cet égard, il a relevé que l'assurée allait ramasser des champignons en forêt. Il a admis que les événements marquants vécus par l'intéressée pouvaient faciliter la survenue d'un syndrome douloureux et d'un état dépressif mais a relevé que, ce dernier étant en rémission, il n'y avait pas lieu de le retenir comme diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail. Quant aux traits de personnalité, il a estimé que « tout le monde en a » et que ce n'était donc pas en soi une maladie. Il a relevé : « la tendance reconnue des psychiatres lausannois à privilégier les facteurs sociaux dans leurs appréciations – avec très souvent une compassion pour le vécu des personnes – il est habituel pour eux de pratiquement toujours proposer l'obtention d'une prestation AI qui est comprise aussi comme un dû social à une personne qui souffre. Cette approche purement médicale ne correspond pas

forcément au principe de l'AI ». Quant au diagnostic de traits de la personnalité à traits masochiques, le Dr D_____ l'a également contesté, relevant que, selon la définition du dictionnaire des termes médicaux, ce trouble est fortement éloigné du vécu de la patiente et qu'il eût fallu préciser si elle était atteinte de trouble mixte de la personnalité (F 61.0) ou de modification gênante de la personnalité (F 61.1). En définitive, il a conclu que seul le syndrome douloureux somatoforme exerçait une influence sur la capacité de travail et qu'en l'absence de maladie invalidante, les conditions d'octroi de prestations n'étaient pas remplies (pièce 10 fourre 3 OCAI).

12. Par décision du 25 mars 2003, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée au motif qu'elle ne présentait pas d'autre atteinte à la santé qu'un trouble somatoforme douloureux et que les critères permettant de reconnaître à un tel trouble valeur de maladie pour l'assurance invalidité n'étaient pas remplis.

13. Le 5 mai 2003, l'assurée a formé opposition en s'étonnant de ce qu'il n'ait pas été fait allusion à sa maladie de Lyme.

14. Par décision sur opposition du 15 septembre 2003, l'OCAI a confirmé sa décision initiale. Il a relevé que le diagnostic de la maladie de Lyme borréliose était connu des experts du COMAI de Lausanne et que ceux-ci avaient d'ailleurs expressément indiqué dans leur rapport qu'il n'influençait pas la capacité de travail.

15. Par courrier du 25 septembre 2003, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle conteste le fait que la maladie de Lyme n'influence pas sa capacité de travail et produit à l'appui de ses dires une copie des fascicules d'information édités par la Ligue Suisse des personnes atteintes de maladies à tiques. Elle avance l'hypothèse que les médecins qui se sont prononcés sur son état de santé n'étaient pas informés correctement des conséquences de cette maladie et se déclare prête à se soumettre à un examen complémentaire. Elle allègue que chaque pas lui occasionne des douleurs, que ses muscles sont sujets à des raideurs, qu'elle n'a plus de force dans les mains et les bras, qu'elle souffre de crampes, que son sommeil est perturbé et qu'elle souffre d'une grande fatigabilité. Dans de telles conditions, aucune activité professionnelle ne lui semble possible.

16. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans son préavis du 13 novembre 2003, a conclu au rejet du recours. Il se réfère à la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux et fait remarquer qu'en l'occurrence, aucune pathologie organique objective n'est susceptible d'expliquer les douleurs alléguées et qu'une atteinte psychique en tant que telle n'a pas non plus été démontrée. Il relève par ailleurs qu'il ressort du descriptif de la vie quotidienne de l'assurée que cette dernière est en mesure d'effectuer ses courses, des travaux de jardinage légers et des balades en forêt, qu'elle entretient une relation sentimentale sans problème particulier, que sa vie sociale est normale, qu'elle ne suit pas de traitement particulier et qu'elle ne

consulte le Dr B_____, spécialiste de la maladie de Lyme, qu'une fois tous les deux mois. L'autorité intimée a encore fait valoir que, même si l'expertise ayant fondé la décision ne s'exprime pas sur tous les points énoncés par la jurisprudence, il est manifeste que le syndrome somatoforme douloureux ne peut, en l'espèce, être qualifié d'invalidant.

17. A l'appui de sa réplique du 9 janvier 2004, la recourante a notamment produit une attestation médicale établie le 15 décembre 2003 par la Dresse Claudine PASQUALINI, rhumatologue, dont il ressort que ce médecin la suit depuis 1999 et que, depuis la dernière décision de l'assurance-invalidité, sa situation sur le plan médical s'est détériorée (elle présente en particulier des lombalgies et des périarthrites de hanches chroniques). Ce médecin indique encore que le dernier bilan radiologique fait état de troubles statiques et dégénératifs du rachis.

18. Dans sa duplique du 30 janvier 2004, l'autorité intimée a maintenu sa position. Elle a produit une note du service médical régional AI (SMR) qui relève que la périarthrite a déjà été évoquée par le COMAI et que la radiographie de la colonne et du bassin ne montre que des éléments dégénératifs des plus modestes pouvant encore être considérés comme étant dans les limites normales, vu l'âge de l'assurée, et ne pouvant expliquer une limitation de la capacité de travail.

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. Le Tribunal cantonal des assurances sociales statue en instance unique, notamment sur les contestations relatives à la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (ci-après LAI ; cf. art. 1, let. r et 56V al. 1, let. a ch. 2 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 du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1 ; 335

consid. 1.2 ; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et réf.). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI ; 831.20) et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (RAI ; 831.201). Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur.

4. Le recours, interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

5. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente de l'assurance-invalidité, respectivement sur le taux d'invalidité à la base de cette prestation et l'incidence de l'état de santé de l'assuré sur sa capacité de travail.

6. L'invalidité est définie par la loi comme 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 (art. 4 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002). L'incapacité de gain consiste en la diminution moyenne prévisible des possibilités de gain de la personne concernée sur l'ensemble du marché du travail équilibré pouvant entrer en considération pour elle.

   L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. En ce cas, il recevra un quart de rente. S'il est invalide à 50%, il se verra octroyer une demi-rente et, si son invalidité atteint 66 2/3 %, une rente entière (art. 28 al. 1 LAI). Dans les cas pénibles, une invalidité de 40% au moins ouvre droit à une demi-rente (art. 28 al. 1bis LAI).

   Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide.

7. 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, il faut mentionner - outre les affections 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 définie aussi objectivement que possible. Il convient donc de déterminer si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré l'atteinte à sa santé mentale, exercer une activité que lui offre, compte tenu de ses aptitudes, un marché du travail équilibré. 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 qu'on ne saurait exiger de lui, pour des raisons sociales et pratiques, qu'il mette à profit sa capacité de travail ou – condition alternative – qu'une telle exigence serait insupportable pour la société (ATF 127 V 298 consid. 4c in fine , 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b ; VSI 2000 p. 153 consid. 2a ; VSI 1996 p. 318 consid. 2a, p. 321 consid. 1a, p. 424 consid. 1a ; RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références citées).

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATFA I 683/03 du 12 mars 2004, publié aux ATF 130 V 352; ATFA I 870/02 du 21 avril 2004 ; ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RSAS 1997 p. 75; RAMA 1996 No U 256 p. 217 et 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).

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 (ATFA I 282/03 du 8 juin 2004 consid. 4.1.1).

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 admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (arrêt I 683/03 du 12 mars 2004 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. 64ss, 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'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point MEYER-BLASER, op. cit. p. 76ss, spéc. p. 81ss).

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

(SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi MEYER-BLASER, op. cit. p. 83, spéc. 87ss) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATFA I 282/03 du 8 juin 2004 consid. 4.1.2 ; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. 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 comorbité 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 (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; arrêt I 683/03 du 12 mars 2004, 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 au considérant 4.1.2 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 I 683/03 du 12 mars 2004, consid. 2.2.4. et les arrêts cités ; ATFA I 282/03 du 8 juin 2004 consid. 4.1.3).

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 oeuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, 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, énumérés ci-dessus (ATFA I 282/03 du 8 juin 2004 consid. 4.1.4 ; ATFA I 683/03 du 12 mars 2004, consid. 2.2.2).

En résumé, la jurisprudence exige la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes. Lorsqu'un trouble dépressif accompagne un trouble somatoforme douloureux et qu'il apparaît comme une réaction à celui-ci, il ne constitue pas une affection autonome, distincte du syndrome douloureux psychogène, au sens d'une comorbidité psychiatrique manifeste d'une acuité et d'une durée importantes (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence à Meyer-Blaser, op. cit., p. 81 et la note 135).

8. a) En l'espèce, la recourante s'étonne de ce qu'il n'ait pas été tenu compte de la maladie de Lyme dont elle est atteinte.

Il est vrai qu'il ressort du rapport du Dr B_____ du 15 novembre 2000, que la maladie, apparue au début de l'année 1999, accompagnée d'une borréliose de stade II avait alors des répercussions importantes sur la capacité de travail, alors très diminuée. Le médecin avait indiqué que la profession d'employée de bureau n'était plus envisageable, l'assurée ne pouvant plus se concentrer, et qu'elle aurait pu, tout au plus, travailler en position debout, une à deux heures par jour, en évitant les déplacements, l'utilisation des membres supérieurs, le port de charges, le bruit et le froid. En d'autres termes, sa capacité de travail avoisinait les 18% dans une activité adaptée.

Les médecins ayant examiné l'assurée dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire, en juin 2002, ont pour leur part mentionné que la maladie de Lyme avait été traitée et n'ont trouvé aucun argument clinique ou biologique pour évoquer une récidive. Ils ont par ailleurs expressément indiqué que la maladie n'avait pas d'influence essentielle sur la capacité de travail. Il n'est cependant pas contesté qu'elle en a eu par le passé et on ignore à partir de quel moment l'état de santé – de ce point de vue-là – de l'assurée se serait amélioré. L'OCAI n'a pas jugé bon d'investiguer ce point et s'est contenté de se baser sur l'examen de la fibromyalgie, laquelle n'est apparue que postérieurement à la dépression grave ayant motivé la demande de prestations et à la maladie de Lyme. Ce faisant, il a omis de se prononcer sur les conséquences, jusqu'au moment de l'expertise pluridisciplinaire, de ces affections sur la capacité de travail de l'assurée, conséquences qui étaient manifestement importantes et avaient entraîné une totale incapacité de travail (cf. rapports des Drs A_____ et B_____). De la

même manière, l'OCAI s'est contenté de constater que la dépression grave invoquée au moment de la demande de prestations et attestée par le Dr A_____, était en rémission en juin 2002.

Le Tribunal de céans constate que le Dr A_____ a attesté d'une atteinte psychique ayant entraîné une incapacité de travail totale dès le 14 juin 1996. Il l'a qualifiée d'épisode dépressif majeur et a indiqué qu'elle s'accompagnait d'importants troubles anxieux, d'insomnies, de perte de goût à la vie et de rumination obsédante. La fibromyalgie n'avait pas encore fait son apparition. Dès lors, il y a lieu de constater que les conditions permettant de reconnaître à cette dépression un caractère invalidant étaient réunies, dans la mesure où il ressort du rapport du médecin qu'une activité professionnelle n'était alors pas exigible de l'assurée.

S'y est ensuite ajoutée, dès janvier 1999, la maladie de Lyme accompagnée de borréliose, pour laquelle l'assurée a dû être hospitalisée et dont on a vu qu'en novembre 2000, le Dr B_____ lui imputait d'importantes conséquences sur la capacité de travail, à hauteur, rien que pour cette atteinte, d'environ 80%.

En conséquence, on peut admettre que, dès le 14 juin 1996, la recourante s'est retrouvée dans l'incapacité totale de travailler suite à une atteinte à la santé qui devait encore s'aggraver par la suite. Un droit aux prestations de l'assurance-invalidité s'est dès lors ouvert à compter du 14 juin 1997. Reste à examiner l'évolution de l'état de santé de la recourante jusqu'à la décision litigieuse.

b) En juin 2002, les experts ont diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux ; le Dr B_____ y avait fait allusion en novembre 2000 déjà. Selon la jurisprudence, ce diagnostic, qui a pour les experts valeur de maladie, ne suffit pas à reconnaître le caractère invalidant de l'atteinte. Se pose donc la question de l'admission d'une comorbidité psychiatrique.

La jurisprudence du TFA exige la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes. Lorsqu'un trouble dépressif accompagne un trouble somatoforme douloureux et qu'il apparaît comme une réaction à celui-ci, il ne constitue pas une affection autonome, distincte du syndrome douloureux psychogène, au sens d'une comorbidité psychiatrique manifeste d'une acuité et d'une durée importantes (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence à Meyer-Blaser, op. cit., p. 81 et la note 135). En l'occurrence, la dépression est nettement antérieure à l'apparition de la fibromyalgie - dont les médecins pensent qu'elle a été une conséquence de la maladie de Lyme - et peut donc en principe être retenue comme affection autonome constituant une comorbidité. Qui plus est, son importance est évidente puisque les experts qui ont examiné la patiente en juin 2002, alors même que le trouble était en rémission, ont néanmoins estimé que, du seul point de vue psychiatrique, la capacité de travail

était réduite à 20%. Les arguments du médecin-conseil de l'OCAI, selon lequel les psychiatres lausannois auraient une « tendance reconnue » à éprouver de la compassion pour leurs patients ne saurait suffire à s'écarter de leur appréciation. Il s'agit en effet là d'un avis purement subjectif et pour le moins déplacé. C'est le lieu de rappeler que l'élément décisif pour la valeur probante d'un certificat médical n'est pas son origine mais bel et bien son contenu. 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 consid. 1c et réf.). L'expertise doit 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 équivoque aux questions posées (J. MEINE, L'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles ?, in Schweizerische Versicherungszeitschrift, 67/1999, p. 37ss). Dans le même sens, BUEHLER expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (BÜHLER, Erwartungen des Richters an der Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567ss).

Or, force est de constater que le rapport d'expertise multidisciplinaire demandé par l'autorité intimée elle-même remplit tous ces critères. Dès lors qu'une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. L'opinion du médecin-conseil de l'OCAI sur ses confrères lausannois ne saurait constituer un tel indice.

9. En conséquence, le Tribunal de céans se range à l'appréciation des experts, selon lesquels la capacité de travail de l'assurée doit être évaluée à 30% dans une activité adaptée.

10. L'invalidité est définie par la loi comme 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 (art. 4 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002). L'incapacité de gain consiste en la diminution moyenne prévisible des possibilités de gain de la personne concernée sur l'ensemble du marché du travail équilibré pouvant entrer en considération pour elle.

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. En ce cas, il recevra un quart de rente. S'il est invalide à 50%, il se verra octroyer une demi-rente et, si son

invalidité atteint 66 2/3 %, une rente entière (art. 28 al. 1 LAI). Dans les cas pénibles, une invalidité de 40% au moins ouvre droit à une demi-rente (art. 28 al. 1bis LAI).

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide.

Le simple fait que l'assurée soit incapable d'exercer son ancienne profession ne signifie pas encore qu'elle est invalide au regard du droit suisse. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (ATF 123 V 96 consid. 4c, 113 V 28 consid. a; MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG] ad art. 28 LAI, p. 221).

Dès lors qu'une activité légère et adaptée était encore exigible de la part de la recourante à 30% (sous réserve de certaines limitations), il faut par conséquent déterminer si l'exercice d'une telle activité entraînerait une diminution de sa capacité de gain propre à ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

11. a) En l'espèce, il y a lieu d'admettre sur la base du dossier, que si elle avait été en bonne santé, l'assurée aurait travaillé à raison de 100% comme secrétaire-comptable ou assistante.

Le revenu hypothétique qu'elle aurait pu obtenir sans atteinte à sa santé doit être déterminé aussi concrètement que possible, de sorte qu'il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu avant l'invalidité. Certaines circonstances peuvent toutefois justifier qu'on s'en écarte. Le TFA a ainsi jugé que lorsque l'assuré a subi une période de chômage relativement longue – comme c'est le cas en l'espèce - avant de connaître une incapacité de travail totale, on doit admettre que le revenu qu'il a obtenu durant cette période ne représente pas la mesure de ce qu'il est véritablement apte à gagner en tant que personne valide. Au regard de l'assurance-invalidité, c'est une situation extraordinaire et passagère, si bien qu'elle ne saurait servir de référence pour déterminer le revenu sans invalidité de l'assuré (ATFA non publié du 4 septembre 2002 en la cause I 774/01, consid. 3c). La question de savoir si l'on se base alors sur le salaire que l'assuré a réalisé antérieurement à son

inscription au chômage ou s'il faut plutôt se référer aux salaires moyens de la branche professionnelle concernée n'a pas été tranchée par le TFA (consid. 3c).

En l'espèce, en l'absence d'attestation du dernier employeur et des comptes individuels de l'assurée, le Tribunal de céans se référera aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'Enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ESS ; ATF 126 V 76 s. consid. 3b/aa et bb; VSI 2002 p. 68 consid. 3b ; VSI 2000 consid. 3b/bb p. 318 ; VSI 2000 consid. 2a p. 84 Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1991 p. 332/333 consid. 3c; RCC 1989 p. 332 consid. 3b). Est déterminante la valeur centrale (médiane) de la statistique des salaires bruts standardisés (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; VSI 1999 p. 182). Selon ces statistiques, le salaire moyen obtenu par les femmes dans le secteur de la comptabilité en 1996, était de Fr. 5'779.- (ESS 1996, TA7, salaire mensuel brut selon le domaine d'activité et le sexe, activité 21 [comptabilité], niveau de qualification 2 [travail indépendant et très qualifié] professionnelles spécialisées]). Cela équivaut, pour un horaire hebdomadaire de 41,9 heures, à Fr. 6'053.50 par mois, soit Fr. 72'642.05 par année en 1996. Il convient ensuite d'adapter ce revenu à l'évolution des salaires nominaux de la branche d'activité à la date déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (VSI 2000 consid. 2c p. 313), en l'occurrence, 1997. On obtient ainsi un revenu sans invalidité de Fr. 72'984.32 par année en 1997.

b) Il convient à présent de déterminer le revenu que pourrait obtenir l'assurée malgré son handicap. D'après l'ESS, le salaire mensuel brut (valeur centrale) des femmes effectuant une activité simple et répétitive dans le secteur privé en 1996 était de Fr. 43'429.35 par année pour un horaire de 41,9 heures par semaine (3'435.- francs par mois pour un horaire de 40h par semaine; ESS, 1996, TA1, p.17, niveau de qualification 4). Au regard du large éventail d'activités que recouvrent les secteurs de la production et des services, il convient de retenir qu'un nombre suffisant d'entre elles sont adaptées au handicap de l'assurée puisque nombreuses sont celles qui sont adaptées à ses limitations. Exercée à 30%, une telle activité aurait permis à l'assurée de réaliser – théoriquement – un revenu de Fr. 13'028.81 en 1996, ce qui équivaut, en 1997 à un revenu d'invalide de Fr. 13'090.20 et à un taux d'invalidité de 82%, lui ouvrant droit à une rente entière d'invalidité.

12. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est admis. Le Tribunal de céans constate que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 14 juin 1997 et renvoie la cause à l'autorité intimée à charge pour cette dernière de procéder au calcul du montant de cette rente.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

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

A la forme :

1. Constate que le recours est recevable ;

Au fond :

2. L'admet, annule les décisions rendues par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité les 25 mars et 15 septembre 2003 ;

3. Constate que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité depuis le mois de juin 1997 ;

4. Renvoie la cause à l'autorité intimée à charge pour cette dernière de calculer le montant de la rente ;

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 quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière:	La Présidente :
Janine BOFFI	Karine STECK

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