RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2044/2003 **ATAS/687/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

4ème chambre

du 1er septembre 2004

En la cause

Madame B_____, comparant par Maître Marco ZIEGLER, en l'étude duquel elle élit domicile — recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, 1203 Genève — intimé

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

EN FAIT

1. Madame B_____, née le avril 1951, est au bénéfice d'un diplôme de l'Institut de Commerce de Sion. Suite à la séparation d'avec son époux en 1989, elle a repris une activité lucrative dès le 1er mars 1994, à mi-temps, auprès de la Winterthur Assurances, en qualité de secrétaire.

2. En raison d'un syndrome inflammatoire, l'intéressée a été mise en incapacité de travail dès le 16 septembre 1999, tantôt à 50 %, tantôt à 100 %, son dernier jour de travail effectif étant le 1er mars 2001. Son employeur a résilié le contrat de travail, par lettre du 29 août 2001, avec effet au 31 décembre 2001, en raison de son absentéisme.

3. L'intéressée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) le 28 septembre 2001, visant à l'octroi d'une rente.

4. L'OCAI a confié une expertise médicale au Docteur A_____, rhumatologue à Lausanne. Dans son rapport du 24 mai 2002, l'expert a posé le diagnostic de rhumatisme inflammatoire d'étiologie indéterminée, relevant que les examens de laboratoire réalisés chez le médecin-traitant depuis 1999 révèlent à de nombreuses reprises un syndrome inflammatoire, empruntant à d'autres connectivités le phénomène de Raynaud, les états fébriles, les douleurs de fond de gorge et possiblement les lésions cutanées maculaires des membres inférieurs. Il a évalué la capacité de travail de l'assurée à 50 % d'une activité professionnelle à plein temps, considérant les symptômes capricieux et fluctuants, mais bien réels. Selon l'expert, l'activité de secrétaire est un travail adapté, puisque léger et ne mettant pas à contribution ses articulations de façon répétitives. Il a indiqué que la patiente présentait une réduction de 25 % au moins de sa capacité de travail dès le 16 septembre 1999. Il a évoqué cependant que du point de vue psychique, la patiente évoquait une tristesse, une fatigue chronique et des difficultés de concentration, évoquant le diagnostic d'état dépressif. Selon le Docteur A_____, une comorbidité psychiatrique aurait dès lors certainement une influence négative sur la capacité de travail, de sorte qu'il laissait à l'appréciation de l'OCAI la nécessité de présenter cette patiente à un spécialiste en psychiatrie. Le pronostic était réservé, compte tenu de l'importance de la symptomatologie douloureuse et du rhumatisme inflammatoire entraînant des symptômes fluctuants et capricieux.

5. L'OCAI a confié une expertise psychiatrique au Docteur B_____, à Genève. Dans son rapport d'expertise du 20 décembre 2002, l'expert a posé le diagnostic d'état dépressif d'intensité moyenne réactionnelle et a conclu que le trouble présenté par l'assurée était réactionnel à son état physique, considérant qu'il était normal que l'assurée présente une tristesse, une perte de l'élan vital et de l'estime de soi suite aux douleurs dont elle se plaint. Il n'y avait pas d'argument

anamnéstique ou au status psychique pour penser que les plaintes somatiques exprimées par l'assurée étaient la conséquence d'un trouble ou d'une maladie psychique. Du point de vue psychique, la limitation de l'activité est nulle.

6. Par décision du 18 août 2003, l'OCAI a refusé l'octroi d'une rente, au motif que la capacité de travail de l'assuré était de 50 % dans son activité de secrétaire, comme auparavant, alors que la limitation de l'aptitude à accomplir les travaux habituels dans la tenue du ménage était de 31 % depuis le 2 mars 2001, début du délai d'attente d'un an. La méthode de calcul mixte aboutissait ainsi à un taux d'invalidité de 15,5 %, insuffisant pour ouvrir droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

7. L'assurée a formé opposition le 12 septembre 2003. Elle conteste le début du délai d'attente, faisant valoir que sa capacité de travail a été réduite dès le 16 septembre 1999 de 50 % au moins, mises à part trois brèves périodes de reprise d'activité en mai et juin 2000, juillet et août 2000, octobre 2000 à février 2001. Elle soutient que ces périodes ne peuvent être considérées comme interruptions notables au sens de la loi. Elle conteste d'autre part pouvoir reprendre son activité de secrétaire à temps partiel, se fondant sur les conclusions de l'expert qui indiquait lui-même qu'elle présentait des symptômes capricieux et fluctuants, mais bien réels, ce que son médecin-traitant, le Docteur C_____, confirmait. Enfin, elle s'oppose aux conclusions de l'expert psychiatre ; ce dernier a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen, relevant que l'affection entraîne en général une réduction de l'énergie, une augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité. Elle constate toutefois que l'expert n'a pas examiné l'incidence concrète de son état dépressif sur sa capacité de travail, qu'il a éludé la question, au motif que le trouble psychique qu'elle présentait était réactionnel à son état physique. Il a ainsi conclu de manière infondée, et contrairement à la notion d'incapacité de travail définie par la LPGA, que cela lui permettait d'exclure toutes prise en considération des conséquences de sa dépression.

8. Par décision du 23 septembre 2003, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée, au motif que le Docteur C_____ avait confirmé qu'elle souffrait d'un état dépressif de type réactionnel à l'affection chronique et que cet avis récent corroborait le diagnostic du psychiatre.

9. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assurée a interjeté recours en date du 24 octobre 2003. Elle conteste le caractère probant de l'expertise psychiatrique, dans la mesure où l'expert a constaté l'existence d'une comorbidité psychiatrique, mais qu'il a complètement omis de discuter, sur la base d'éléments concrets, le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative au taux retenu par l'expert rhumatologue. L'expert rhumatologue a démontré le caractère chronique de l'affection dont elle souffrait et surtout l'absence de pronostic d'évolution favorable. Il incombait par conséquent à l'expert psychiatre d'évaluer la situation

concrète telle qu'elle se présentait actuellement et de se prononcer sur l'effet supplémentaire de l'état dépressif moyen quant à la capacité de travail exigible. Elle rappelle d'autre part que suite aux propositions formulées par l'expert, le traitement administré a dû être interrompu après cinq mois de traitement, aucun effet positif sur les douleurs inflammatoires n'ayant pu être constaté, et qu'elle a subi d'importants effets secondaires causés par le médicament. Cet élément devait être pris en considération dans l'évaluation des effets négatifs de la comorbidité psychiatrique sur sa capacité de travail. La recourante conteste également la comparaison des gains effectuée par l'OCA ; en effet, dans son dernier emploi, elle avait été promue à des fonctions plus importantes dans le domaine de la vente, au vu de ses années d'expérience dans l'entreprise. Il s'agissait dès lors d'examiner quel gain elle réaliserait aujourd'hui si elle avait conservé son emploi auprès de son dernier employeur, compte tenu de l'adaptation des salaires au coût de la vie et de leur progressions réelle. Elle sollicite le renvoi de la cause à l'OCAI pour complément d'instruction, sous suite de dépens.

10. Dans sa réponse du 20 novembre 2003, l'OCAI a conclu au rejet du recours.

11. Le 12 mars 2004, la recourante a communiqué au Tribunal copie de la décision rendue le 17 février 2004 par l'autorité cantonale en matière d'assurance-chômage. En effet, au vu de son dossier médical, elle avait été déclarée inapte au placement en raison d'une capacité de travail insuffisante. Les indemnités de chômage lui avaient été en conséquence refusées.

12. L'OCAI a persisté dans ses conclusions, relevant que la décision rendue par l'assurance-chômage ne saurait avoir une incidence sur l'évaluation de l'invalidité de l'assurée.

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 (art. 162 LOJ).

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

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

   Le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît, en instance unique, des contestations relatives à la loi fédérale sur l'assurance invalidité du 19 juin 1959 notamment (art. 56V alinéa 1 lettre a) LOJ). Sa compétence est ainsi établie pour juger du cas d'espèce.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à l'AI (art. 1*a* à 70), à moins que la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 n'y déroge expressément (art. 1 LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2003).

   Interjeté dans les formes et délai légaux, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

3. Aux termes de l'article 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Elle est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Selon l'article 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en

évidence une diminution importante de la capacité de travail et de gain (ATF 127 V 299). 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).

4. En l'espèce, la recourante souffre depuis l'été 1999 de polyarthralgies d'origine inflammatoire. Elle a été hospitalisée du 24 septembre 1999 au 5 octobre 1999 à la Clinique de médecine de l'établissement hospitalier pour un état d'asthénie important, mis en premier lieu sur le compte d'un état dépressif, sans amélioration depuis l'introduction des antidépresseurs et un état fébrile. Les examens biologiques effectués à l'entrée montrent un syndrome inflammatoire important et le diagnostic d'infection aiguë à cytomégalovirus a été posé. Compte tenu de l'importance de la fatigue, une aide-ménagère pour deux semaines lui a été octroyée et un arrêt du travail jusqu'au 17 octobre 1999, les médecins laissant le soin au médecin-traitant de réévaluer la situation lors du prochain contrôle (cf. rapport de l'établissement hospitalier du 7 octobre 1999, pièce n°1 fourre 3 dossier OCAI).

   La recourante a été examinée à la consultation ambulatoire de la division de rhumatologie de l'établissement hospitalier en avril et mai 2001. Dans son rapport adressé au Docteur D_____, le Docteur E_____ relève que la patiente présente depuis deux ans des polyarthralgies associées à des douleurs précordiales et de la gorge dont le diagnostic reste peu clair. Bien qu'un diagnostic précis ne puisse être posé, le Docteur E_____ relève qu'il est indéniable que la patiente présente un rhumatisme inflammatoire évoluant de manière cyclique avec des polyarthralgies et un état fébrile. Il a proposé de continuer le traitement anti-inflammatoire non stéroïdien et a jugé utile, en fonction des symptômes, de donner des corticoïdes de façon transitoire et d'entreprendre un traitement de fond. La patiente a accepté de prendre un traitement anti-malarique (cf. pièce n°3 fourre 3 dossier OCAI).

   Le Docteur C_____, médecin-traitant de la recourante, a posé le diagnostic de polyarthralgies et thoracalgies invalidantes, fébriles, associées à un état dépressif secondaire à sa maladie chronique. Il a relevé qu'une infection aiguë à cyto mégalovirus avait été diagnostiquée chez la patiente en été 1999 lors de son hospitalisation et qu'après une partielle amélioration en été 2000, elle avait présenté en automne 2000 une nouvelle péjoration des arthralgies, actuellement invalidantes. Le traitement rhumatologique prescrit par le Docteur D_____ s'est révélé moyennement efficace et de nombreuses investigations approfondies ont été effectuées sans qu'un diagnostic précis et définitif ait pu être posé. L'incapacité de travail a oscillé entre 100 % et 0 % dès le 16 septembre 1999 ; dès le mois de mars 2001, le Docteur C_____ a mis la recourante en arrêt de

travail total pour une durée indéterminée (cf. pièce n°5 fourre 3 dossier OCAI). Répondant au questionnaire pour la réinsertion professionnelle, le médecin-traitant a indiqué que l'activité exercée jusqu'à maintenant par sa patiente n'était pas exigible, en raison des douleurs invalidantes.

Le Docteur D_____, rhumatologue, a mentionné dans son rapport à l'attention de l'OCAI que la patiente avait présenté une infection aiguë à cytomégalovirus en 1999, dont l'évolution avait été marquée par l'apparition d'un phénomène de Raynaud et, surtout, d'épisodes récurrents de polyarthralgies touchant les épaules, les mains, les genoux, accompagnés de pics fébriles culminant à 39 degrés, ainsi que d'une importante asthénie. Des bilans avaient été effectués à plusieurs reprises, mais il n'y avait pas d'éléments biologiques suffisants pour préciser les diagnostics exacts de ce tableau clinique ressemblant à une maladie systhémique de type Lupus. Malgré un traitement de Plaquénil débuté en août 2001, il n'y avait pas d'amélioration au dernier contrôle (cf. rapport médical du 27 novembre 2001, pièce n°7 fourre 3 dossier OCAI). Répondant au questionnaire de réinsertion professionnelle, le Docteur D_____ a déclaré que l'activité exercée jusqu'à maintenant par la recourante n'était plus exigible, qu'une diminution de rendement était présente, difficile toutefois à chiffrer dans la mesure où il s'agissait d'une maladie survenant par crises durant plusieurs jours.

Interrogé par le Service médical régional AI, le Professeur E_____, dans un rapport du 21 février 2002, a indiqué qu'aucun diagnostic précis n'avait pu être posé suite à la consultation et que la patiente présentait essentiellement des polyarthralgies de type inflammatoire parfois associées avec un état fébrile. Comme dans de nombreux cas de maladies inflammatoires rhumatismales, c'est l'évolution qui permettra de trancher du point de vu diagnostic. Il a précisé qu'il ne connaissait pas l'évolution de cette patiente depuis le mois de mai 2001 puisqu'il ne l'avait plus revue et suggérait à l'OCAI de prendre contact avec le médecin-traitant. Il a ajouté que les limitations fonctionnelles étaient essentiellement de type subjectives, avec la présence de polyarthralgies et d'une asthénie importante, l'examen clinique ne permettant pas de mettre en évidence d'inflammations articulaires, les amplitudes de mouvements étant tout à fait normales. Du fait de l'asthénie importante et des arthralgies, la capacité de travail de la patiente est certainement diminuée. Toutefois, les symptômes peuvent être variables et permettre une activité à temps partiel. Il lui était difficile de se prononcer sur l'aptitude au travail actuelle. Dans le contexte d'un travail à temps partiel, l'activité en tant que secrétaire est probablement adaptée à sa pathologie. Compte tenu d'une absence de diagnostic précis, il lui était très difficile de se prononcer sur le pronostic à long terme.

L'OCAI a mandaté le Docteur F_____, pour expertise rhumatologique. Dans son rapport du 24 mai 2002, l'expert a posé le diagnostic de rhumatisme

inflammatoire d'étiologie indéterminée. Dans son appréciation du cas, l'expert a déclaré que les examens de laboratoire réalisés chez le médecin-traitant depuis 1999 ont révélé à de nombreuses reprises un syndrome inflammatoire. Considérant les symptômes capricieux et fluctuants mais bien réels, la capacité de travail de l'assurée est de 50 % dans une activité professionnelle à plein temps, son activité de secrétaire apparaissant comme adaptée puisque légère et ne mettant pas à contribution ses articulations de façon répétitive. Il a relevé toutefois que dans les dossiers il était fait état à plusieurs reprises du diagnostic d'état dépressif. Du point de vue psychique, l'assurée évoque une tristesse, une fatigue chronique et des difficultés de concentration. Selon l'expert, une comorbidité psychiatrique aurait dès lors certainement une influence négative sur la capacité de travail, raison pour laquelle il laissait à l'appréciation de l'OCAI la nécessité de présenter cette patiente à un spécialiste en psychiatrie. Il a précisé que la capacité de travail avait subi une réduction de 25 % au moins dès le 16 septembre 1999, que divers arrêts de travail avaient été octroyés entre le 16 septembre 1999 et 2 mars 2001, à des taux variant de 50 à 100 %, avec un arrêt de travail définitif dès le 2 mars 2001. Le pronostic de la capacité de travail était réservé, compte tenu de l'importance de la symptomatologie douloureuse, du rhumatisme inflammatoire entraînant des symptômes fluctuants et capricieux (cf. pièce n° 15 fourre 3 dossier OCAI).

L'OCAI a confié une expertise psychiatrique au Docteur B_____ qui a posé le diagnostic d'état dépressif d'intensité moyenne réactionnelle, F32.1 (cf. rapport d'expertise du 20 décembre 2002, pièce n° 20, fourre 3 dossier OCAI). Il a constaté que l'assurée présentait une thymie triste, une diminution de la concentration et de l'attention, une perte de confiance et de l'estime de soi et qu'elle pleurait beaucoup. La recourante a perdu l'espoir d'être à nouveau en bonne santé, elle est très fatigable, a moins d'intérêt et de plaisir dans la vie. Elle ne présente en revanche pas de problème de sommeil ou de l'appétit, ni d'agoraphobie, ni d'anxiété ou de trouble psychosensoriel. Dans son appréciation du cas, l'expert s'est référé à la directive 1029 de la LAI, selon laquelle les troubles psychogènes qui expriment un vécu non assimilé ne sont pas obligatoirement synonymes d'invalidité. Selon l'expert, il est normal que l'assurée présente une tristesse, une perte de l'élan vital et de l'estime de soi suite aux douleurs dont elle se plaint. Il n'avait pas d'élément pour penser que les troubles physiques présentées pas l'assuré avaient une origine psychique et a conclu à l'absence d'influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'alors.

5. La recourante soutient que l'expertise psychiatrique du Docteur B_____ ne répond pas aux exigences posées par la jurisprudence pour lui conférer une valeur probante. En effet, l'expert, après avoir constaté l'existence d'une comorbidité psychiatrique n'a pas discuté, sur la base des éléments concrets, le caractère exigible de la reprise d'activité lucrative aux taux retenu par l'expert

rhumatologue. Il a manifestement considéré, à tort, que l'affection rhumatologique dont elle souffre n'avait pas de caractère durable.

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en 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 ; 112 V 32 et ss. et les références).

En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il 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 les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297 et ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332 et ss.).

A cet égard, MEINE souligne que 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 (MEINE, l'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualités actuelles ? in RSAS 1999, p. 37 et ss.). 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 (BUEHLER, Erwartungen des Richters an der Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567 et ss.).

Le Tribunal de céans constate en l'occurrence qu'après avoir posé le diagnostic d'état dépressif d'intensité moyenne réactionnel, l'expert s'est livré à une appréciation du cas pour le moins succincte ; il s'est borné à déclarer qu'il n'avait pas d'élément pour penser que les troubles physiques présentés par l'assurée

avaient une origine psychique, que le pronostic était directement lié à l'évolution de la problématique physique avant de conclure, sans autre explication, qu'il n'y avait aucune limitation du point de vue psychique. Le Docteur B_____ n'a pas discuté la question, pourtant essentielle, de savoir quelle était l'incidence du trouble dépressif moyen présenté par la recourante sur l'exigibilité d'une capacité de travail de 50 % retenue du point de vue rhumatologique, étant rappelé que l'assurée souffre depuis 1999 d'une maladie inflammatoire dont le diagnostic précis n'a pu encore être posé. Il semble également considérer « qu'il est normal que l'expertisée présente une tristesse, une perte de l'élan vital et de l'estime de soi suite aux douleurs dont elle se plaint ». Or, il est déterminant de savoir, précisément, si l'on peut raisonnablement exiger de la recourante, du point de vue psychique, qu'elle surmonte ses douleurs et exerce une activité lucrative et, le cas échéant, dans quelle mesure. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 1996 p. 318 consid. 2a, p. 321 consid. 1a, p. 424 consid. 1a ; RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références). L'expertise est à cet égard lacunaire. Enfin et surtout, l'expert s'est livré à une analyse juridique des troubles psychogènes, en se référant aux directives de l'OFAS. Or, comme le Tribunal fédéral des assurances l'a à maintes reprises répété, le rôle de l'expert est de poser un diagnostic précis, de déterminer la capacité de travail de l'expertisé, mais en aucun cas de se prononcer en droit.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans estime que cette expertise ne répond pas aux exigences posées par la jurisprudence pour lui conférer pleine valeur probante et qu'elle ne lui permet pas de se déterminer sur la répercussion des troubles présentés par l'assurée sur sa capacité de travail. Il sied de rappeler au surplus que la détermination du degré d'invalidité, en application de l'article 27bis RAI, doit se faire conformément aux principes dégagés par la jurisprudence en la matière. Il incombera à l'intimé de s'y référer.

Le recours sera en conséquence admis et la cause renvoyée à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique et rende une décision motivée.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Reçoit le recours interjeté par Madame B_____ contre la décision sur opposition de l'Office cantonal AI du 23 septembre 2003 ;

Au fond :

2. L'admet et annule la décision sur opposition du 23 juillet 2003 et la décision du 18 août 2003 rendues par l'intimé ;

3. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision;

4. Condamne l'Office cantonal AI au paiement de la somme de fr. 1'500 à titre de participation aux frais et dépens de la recourante ;

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).

Le greffier :	La Présidente :
Walid BEN AMER	Juliana BALDE

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