RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2332/2003 **ATAS/213/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

4ème chambre

du 16 mars 2005

En la cause

Madame F_____, comparant par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA en les bureaux de laquelle elle élit domicile

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Madame Juliana BALDE , Présidente, Mmes Karine STECK et Isabelle DUBOIS, juges.

EN FAIT

1. Madame F_____, ressortissante italienne née en 1949, est arrivée en Suisse en 1970. Après avoir travaillé quelques années dans une fabrique de matelas, elle a stoppé cette activité professionnelle suite à son accouchement. Dès 1982, elle a été engagée comme couturière à domicile par un magasin de sport, Z_____ SA, et était rémunérée à la tâche, cela en plus d'une activité accessoire de concierge à temps partiel.

2. En raison de douleurs, l'assurée n'a plus été en mesure d'exercer son travail à partir du 26 octobre 1999.

3. Le 9 mai 2000, la patiente a été hospitalisée en raison de lombo-sciatalgies bilatérales. Dans un rapport du 15 mai 2000, les Dr de A_____ et B_____, du Département de Psychiatrie de Hôpital Cantonal, ont constaté que les lombalgies étaient présentes depuis une vingtaine d'années. Un diagnostic de fibromyalgie et d'épisode dépressif moyen a été posé. L'épisode dépressif était réactionnel aux douleurs chroniques. L'augmentation du traitement antidépresseur en place a été proposée et acceptée par la patiente.

   Le 31 mai 2000, le Dr C_____, Chef de clinique à la Division de Rhumatologie de l'Hôpital Cantonal, a rédigé un rapport de sortie suite à l'hospitalisation de la patiente du 9 au 26 mai 2000. Il a diagnostiqué une fibromyalgie et une gastrite. La patiente présentait des rachialgies chroniques qui s'étaient exacerbées depuis quelques semaines, ce qui avait justifié l'hospitalisation. Le traitement antidépresseur avait été augmenté progressivement dans le but d'atteindre une dose thérapeutique du point de vue antidépresseur en plus de l'objectif antalgique recherché initialement.

4. Le 5 juillet 2000, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) visant à l'obtention d'une rente en raison de fibromyalgie, d'hernie discale et de sciatique.

5. Le 29 août 2000, le Dr D_____, Chef de clinique de la Division de Pneumologie de l'Hôpital Cantonal, a rendu un rapport de sortie suite à une nouvelle hospitalisation de l'assurée du 17 au 26 août 2000. Le diagnostic principal posé a été celui de sarcoïdose de stade II accompagnée de diverses comorbidités (fibromyalgie, périarthrite de l'épaule droite et cataracte débutante des deux côtés). Le diagnostic de lombosciatalgie évoqué lors de la dernière hospitalisation n'était pas retenu par les rhumatologues qui estimaient la protrusion discale observée en 1999 comme asymptomatique. Un traitement était proposé pour la périarthrite de l'épaule.

6. Le 4 avril 2001, le Dr J_____, rhumatologue, a écrit au médecin-conseil de l'OCAI qu'il avait vu l'assurée à une reprise en avril 2000 à la demande de son médecin-traitant de l'époque. Son status était compatible avec une fibromyalgie primaire et des critères évoquant une longue organicité. Le bilan biologique effectué alors ne montrait pas de signe inflammatoire. Il ne lui était pas possible de donner des indications sûres concernant l'incapacité de travail, mais une capacité de 50 % paraissait envisageable dans la profession de couturière.

7. Le 28 février 2002, une videofluoroscopie a été effectuée au Département de Radiologie de l'Hôpital Cantonal en raison de la sarcoïdose. Du point de vue de l'étiologie, une sarcoïdose avec atteinte de la musculature pharyngée pouvait très bien expliquer les troubles fonctionnels.

8. Le 26 mars 2002, la Dresse K_____, du Département de Radiologie de l'Hôpital Cantonal, a procédé à une IRM cérébrale. Dans son rapport du 2 avril 2002, elle a indiqué que la prise de contraste focalisée au niveau des constricteurs inférieurs du pharynx pourraient entrer dans le cadre de la sarcoïdose connue.

9. Dans un rapport médical du 5 avril 2002, le Dr L_____, médecin-traitant, a diagnostiqué une fibromyalgie ainsi qu'une sarcoïdose. L'incapacité de travail était totale depuis le mois d'avril 2000 pour une durée indéterminée. Le pronostic était réservé et la reprise d'une activité professionnelle était vraisemblablement exclue.

10. Le 17 avril 2002, le Pr M_____, de la Division de Pneumologie de l'Hôpital Cantonal, a indiqué à la Dresse N_____, nouveau médecin traitant de l'assurée, que les fonctions pulmonaires de sa patiente étaient devenues tout à fait normales. Les manifestations pulmonaires de la sarcoïdose étaient actuellement guéries et les manifestations cutanées semblaient sur la même voie. En revanche, l'atteinte des muscles pharyngés et les autres symptômes musculaires et neurologiques, probablement imputables à la sarcoïdose, étaient encore très présents et invalidants.

11. Le 11 mars 2003, le Dr O_____, spécialiste ORL, a procédé à une expertise avant appareillage, suite à un diagnostic de surdité de perception bilatérale.

12. Le 4 avril 2003, l'assurée a été soumise à un examen psychiatrique par le Service Médical Régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). La Dresse P_____ n'a relevé aucun diagnostic psychiatrique. L'examen clinique psychiatrique n'avait pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles phobiques ou de troubles de la personnalité morbide. Il y avait une discordance entre l'intensité extrême des plaintes alléguées et les constatations objectives modestes. Il n'apparaissait plus d'incapacité de travail justifiable du point de vue médico-juridique. L'examen psychiatrique comportait tous les éléments d'un examen clinique habituel et n'avait pas permis de mettre en évidence une relation de causalité entre les constatations

cliniques objectives et l'incapacité de travail attestée par le médecin traitant. Le diagnostic d'épisode dépressif moyen était actuellement en rémission complète.

13. Le 22 juillet 2003, la Dresse Q_____, du SMR, a relevé que la fibromyalgie était assimilable à un trouble somatoforme douloureux. Sans comorbidité psychiatrique, elle n'était pas du ressort de l'assurance-invalidité. La sarcoïdose de stade II sans altération de la fonction pulmonaire n'avait aucune répercussion sur la capacité de travail d'une activité sédentaire de couturière à domicile ni sur celle de petite conciergerie.

14. Par décision du 18 septembre 2003, l'OCAI a rejeté la demande de rente de l'assurée pour le motif que la fibromyalgie dont elle souffrait, qui était assimilée à un trouble somatoforme douloureux, ne pouvait être reconnue comme une maladie au sens de l'assurance-invalidité.

15. Par courrier du 23 septembre 2003, la Dresse N_____ s'est opposée à cette décision au nom de l'assurée et a demandé à l'OCAI de la reconsidérer. Outre la fibromyalgie, d'autres diagnostics étaient à prendre en considération, en particulier la sarcoïdose et l'état dépressif important. Sa capacité de travail était très compromise.

16. Dans un avis médical du 23 octobre 2003, la Dresse Q_____, du SMR, a indiqué à l'OCAI que l'opposition ne modifiait pas son point de vue. Un entretien téléphonique avec le médecin traitant de l'assuré avait révélé que ce médecin la considérait davantage déprimée. Les douleurs diffuses étaient si intenses que le médecin traitant envisageait d'effectuer une biopsie musculaire, ce que les rhumatologues n'estimaient pas utile en raison la nature fibromyalgique évidente. Aucun élément nouveau n'était apporté par le médecin de l'assurée.

17. Par décision du 10 novembre 2003, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée. Tous les diagnostics avaient été pris en considération et il n'existait aucun élément médical nouveau susceptible de modifier la décision initiale.

18. Le 5 décembre 2003, l'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales et a conclu préalablement à ce que la cause soit suspendue dans l'attente d'une expertise médicale privée qu'elle avait requise. Sur le fond, elle demandait à se voir octroyer une rente entière d'invalidité. Son cas étant complexe, il aurait mérité une étude approfondie et pluridisciplinaire, cela d'autant plus que les médecins n'étaient pas unanimes. Le rapport demandé au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV) permettrait de motiver, voire de retirer le recours. La recourante estimait que l'appréciation effectuée par les médecins de l'OCAI était erronée, dans la mesure où leurs rapports étaient en contradiction avec ceux des médecins qu'elle avait consultés. C'est pour cette raison qu'elle avait requis une expertise multidisciplinaire.

19. Dans sa réponse du 9 janvier 2004, l'OCAI a conclu au rejet du recours. L'instruction du dossier avait été correctement menée puisque tous les renseignements utiles à l'appréciation du cas avaient été réunis. Le médecin traitant de l'assurée, le Dr L_____, avait fait état d'une évolution pulmonaire favorable, de la disparition des lésions radiologiques et du fait que les fonctions pulmonaires étaient normales, ce qui avait été confirmé par le Dr M_____. La sarcoïdose n'étant pas invalidante, ce qu'avait reconnu la Dresse R_____, seule restait en question l'appréciation des conséquences de la fibromyalgie. Compte tenu du rapport d'expertise psychiatrique du SMR, une capacité totale de travail pouvait être retenue.

20. Par réplique du 4 février 2004, l'assurée a rappelé que le dossier médical était incomplet et qu'il contenait des contradictions manifestes. L'avis du SMR ne pouvait pas primer sur celui des autres médecins. L'avis du 22 juillet 2003 plus particulièrement n'était pas suffisamment étayé et méritait d'être remis en question. Elle a également informé l'OCAI qu'elle avait été convoquée pour une expertise privée et a rappelé qu'elle concluait préalablement à la suspension de la procédure.

21. Par duplique du 18 février 2004, l'OCAI a persisté dans ses conclusions, tout en précisant que les pièces sur lesquelles se fondait la recourante figuraient au dossier et avait fait l'objet d'une analyse motivée. La mise sur pied d'une expertise n'était pas nécessaire et l'OCAI s'opposait en conséquence à la suspension de la cause.

22. Par arrêt du 7 avril 2004, le Tribunal de céans a rejeté la demande préalable de suspension de la cause et réservé le fond. Les motifs de suspension de la cause étaient limitativement énumérés dans la loi, qui n'autorisait pas une suspension dans l'attente du dépôt d'un rapport médical.

23. Le 30 juin 2004, l'assurée a transmis au Tribunal de céans un rapport d'expertise multidisciplinaire réalisée par la Policlinique Médicale Universitaire (ci-après : PMU) de Lausanne. Les experts ont posé les diagnostics suivants ayant une influence sur la capacité de travail : fibromyalgie, sarcoïdose pulmonaire, cutanée, parotidienne et musculaire, trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique et personnalité à traits histrioniques.

    Sur le plan psychiatrique, l'expert a relevé que l'assurée s'était construit son identité à travers le monde du travail. Alors que tout se passait bien, sur les plans familial, social et professionnel, une cassure nette était survenue avec l'apparition des douleurs en 1999, qui avaient eu pour conséquence le développement d'une symptomatologie dépressive. Après que l'état psychique fut redevenu stable, la sarcoïdose avait été diagnostiquée, ce qui avait relancé un épisode dépressif. Le trouble dépressif développé semblait donc récurrent. Actuellement, la vie semblait centrée autour des douleurs qui handicapaient l'assurée dans toutes les activités de la vie et prenaient une place centrale. La situation semblait s'être rigidifiée, comme

si l'assurée ne pouvait exister autrement qu'à travers son travail et qu'elle s'était effondrée en 1999, ne pouvant plus fonctionner comme auparavant.

Les consultations pneumologiques ont révélé un examen clinique normal sur le plan pulmonaire, les examens complémentaires étant également dans la norme. Il existait une dyspnée très variable et difficilement quantifiable. L'assurée ne présentait toutefois aucune limitation respiratoire objective.

Dans leurs conclusions, les experts ont relevé que la symptomatologie douloureuse avait persisté, malgré un traitement médicamenteux adéquat et suivi. La répétition d'épisodes dépressifs obligeait à poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent, témoignant d'une fragilité psychologique certaine. Sur ce point, la PMU déclarait avoir une appréciation divergente de celle de la Dresse P_____ du SMR. A l'examen clinique, on retrouvait les points algiques typiques d'une fibromyalgie. Au vu de l'atteinte musculaire objective, les douleurs pouvaient également être liées à l'atteinte musculaire de la sarcoïdose, comme le démontrait la biopsie musculaire récente. En conclusion, les experts retenaient que le trouble dépressif récurrent, la sarcoïdose et la fibromyalgie altéraient avec vraisemblance la capacité de travail de l'assurée de 60 % dans son métier de couturière à domicile.

24. Par courrier du 29 juillet 2004, l'OCAI a indiqué que cette expertise n'était pas de nature à remettre en cause son appréciation. Le SMR, à qui l'expertise avait été soumise, remarquait que l'expertise psychiatrique ne répondait pas aux exigences de la jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux. Le status était essentiellement constitué d'éléments subjectifs rapportés par l'assurée et l'expert n'évaluait pas l'impact des limitations fonctionnelles sur une reprise de l'activité lucrative exigible. Les éléments retenus par l'expert pour justifier les diagnostic de trouble dépressif récurrent ne pouvaient être suivis. L'expertise ne pouvait pas être considérée comme une appréciation différente de faits identiques, de sorte que le rapport du 22 juillet 2003 était confirmé.

25. Par courrier spontané du 18 octobre 2004, la Dresse R_____ a constaté que l'avis médical du SMR du 19 juillet 2004 ne tenait pas compte des nouveaux éléments du dossier. Il n'était en réalité plus question de trouble somatoforme douloureux ou d'état dépressif, mais d'un diagnostic de sarcoïdose avec atteinte musculaire qui expliquait probablement les douleurs dont se plaignait sa patiente. Il lui semblait que les experts de l'assurance-invalidité n'avaient pas pris en compte ce diagnostic. Le dossier devait donc être réévalué à la lumière de ces éléments.

26. Dans sa détermination du 29 novembre 2004, l'OCAI a maintenu sa position, soulignant qu'il était impossible de faire une distinction entre les conséquences de la sarcoïdose ou de la fibromyalgie sur la capacité de travail. La distinction était de toute manière dépourvue de pertinence, dès lors que la sarcoïdose avait été découverte postérieurement à la décision sur opposition. Pour cette raison, cette

affection ne devait pas entrer en considération dans la détermination de la capacité de travail de la recourante.

A cette détermination était joint un avis médical du 4 novembre 2004 du SMR, qui relevait que les experts n'avaient pas retenu la sarcoïdose comme unique diagnostic, contrairement à ce que soutenait le médecin traitant. Le premier diagnostic était celui de fibromyalgie, auquel s'ajoutait celui de sarcoïdose musculaire. Il était difficile de faire la part des choses entre les deux affections, mais les répercussions étaient essentiellement algiques. Il n'était pas possible de retenir que les douleurs engendrées par la sarcoïdose étaient seules responsables du lourd handicap allégué par l'assurée. L'assurée ne présentait aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychique qui puisse entraver la reprise d'une activité adaptée. La dyspnée n'avait pas non plus pu être mise en évidence et n'avait pas de traduction objective au niveau des fonctions pulmonaires. Le seuil de perception douloureuse était abaissé chez l'assurée, ce qui n'était pas explicable par une pathologie psychiatrique associée, un trouble de la personnalité ou une perturbation de l'environnement psychosocial. Enfin, la découverte de la sarcoïdose était postérieure à la décision sur opposition.

27. Par courrier du 17 décembre 2004, l'assurée a relevé que la sarcoïdose n'était pas une nouvelle maladie, puisqu'elle avait été diagnostiquée en 2001 déjà. A ce courrier était joint un avis médical de la Dresse N_____ du 13 décembre 2004, dont il ressortait que l'atteinte musculaire due à cette affection avait été découverte en 2004 seulement, mais qu'elle était déjà présente lors du dépôt de la demande d'invalidité.

28. Ce courrier a été transmis à l'OCAI le 4 février 2005 par le Tribunal de céans qui a ensuite gardé la cause à juger.

EN DROIT

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

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

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA) relatives notamment à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après : LAI).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce reste toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel, en cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 127 V 467, consid. 1 ; 126 V 166).

   En matière de procédure toutefois, les dispositions de la LPGA s'appliquent à tous les cas dès son entrée en vigueur.

4. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

5. Selon l'art. 4 al. 1er 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. L'alinéa 2 précise que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

   Le droit à la rente est déterminé par l'art. 28 al. 1er LAI, qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 pour cent 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, en vertu du deuxième alinéa.

6. 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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - 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).

Dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves notamment dans le domaine médical. Il convient de rappeler ici que selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Lorsque, au stade de la procédure administrative, 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. En outre, au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette

jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office AI (ATFA non publié du 26 octobre 2004 en la cause I 205/04).

Le Tribunal fédéral a rappelé dans une jurisprudence récente (ATFA du 22 mars 2004 cause I 131/03) que si le juge entend s'écarter d'une expertise, il doit motiver sa décision et il ne saurait, sans motifs déterminants, substituer son appréciation à celle de l'expert, sous peine de tomber dans l'arbitraire. Autrement dit, le juge qui ne suit pas les conclusions de l'expert n'enfreint pas l'art. 9 Cst. lorsque des circonstances bien établies viennent en ébranler sérieusement la crédibilité (ATF 122 V 160 consid. 1c, 119 Ib 274 consid. 8a). Comme cela vient d'être mentionné, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert.

Ainsi, 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).

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, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 ; cf. aussi ATF 127 V 298).

   Le Tribunal fédéral des assurances a déjà considéré que la fibromyalgie peut être assimilée à un trouble somatoforme, plus particulièrement au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA non publié du 10 mars 2003 en la cause I 721/02 ; ATFA non publié du 6 juillet 2004 en la cause I 123/04).

   Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 ; RAMA 1996 no U 256 p. 217). 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 ; ATFA en la cause N. du 12 mars 2004, destiné à la publication, I 683/03). Compte tenu des difficultés, en matière de

preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (arrêt N. précité, consid. 2.2.2).

Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre une limitation de la capacité de travail susceptible d'entraîner une invalidité (arrêt N. précité, consid. 2.2.3). 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 plus, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération - raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (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; voir également ATF 127 V 298).

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 (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; arrêt N. précité, consid. 2.2.3 in fine).

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).

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 (art. 40 PCF en liaison avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 en liaison avec 113 et 132 OJ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a), l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socioculturels) 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 aux consid. ci-dessus (ATFA non publié du 30 novembre 2004 en la cause I 600/03).

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, ATFA non publié du 30 novembre 2004 en la cause I 630/03).

8. En l'espèce, le dossier contient principalement un rapport d'expertise multidisciplinaire de la PMU de Lausanne, plusieurs avis médicaux et un examen du SMR, deux rapports de l'Hôpital Cantonal de Genève après hospitalisation, des rapports du médecin traitant accompagnés de prises de position de divers spécialistes à la demande du médecin traitant.

   Ainsi, l'OCAI a sollicité un rapport du SMR, lequel a procédé à un examen psychiatrique le 4 avril 2003. Aucun diagnostic psychiatrique n'a été établi à l'issue de cet examen, le status psychiatrique étant considéré dans les limites de la norme. Selon le SMR, l'examen clinique psychiatrique n'avait pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles phobiques ou de troubles de la personnalité morbide. L'examen psychiatrique comportait tous les éléments d'un examen clinique habituel et n'avait pas permis de

mettre en évidence une relation de causalité entre les constatations cliniques objectives et l'incapacité de travail attestée par le médecin traitant. Il n'existait donc pas de limitations fonctionnelles psychiatriques.

Par ailleurs, une expertise multidisciplinaire a été effectuée par la PMU. Les spécialistes de la PMU ont procédé à un examen clinique complet de l'assurée ainsi que des examens approfondis par plusieurs médecins, dont une spécialiste en psychiatrie et deux spécialistes en pneumologie. Leur expertise a été effectuée entre les mois de mars et mai 2004, le rapport ayant été rédigé le 25 juin 2004.

Les conclusions de la PMU font suite à cet examen complet et minutieux de l'état de santé de l'assurée, à un consilium de psychiatrie et à deux consiliums de pneumologie. 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. Le rapport est circonstancié et les experts ont procédé à deux séances de décision multidisciplinaire afin de parvenir à des conclusions claires. L'état de santé de la recourante a ainsi fait l'objet d'examens approfondis et le rapport d'expertise satisfait donc à tous les réquisits jurisprudentiels, de sorte qu'il y a lieu de lui reconnaître pleine valeur probante.

La différence essentielle de ces deux rapports réside principalement dans le fait que l'expertise de la PMU est le fruit d'une discussion entre plusieurs spécialistes, ce qui n'est pas le cas de celui du SMR. Par ailleurs, l'évaluation de l'incidence du trouble somatoforme douloureux (soit des répercussions fonctionnelles de la douleur et de l'état psychique) sur la capacité de travail de l'assurée est appréciée différemment selon le rapport considéré.

Or, à cet égard, le rapport de la PMU est plus approfondi que celui du SMR, et, comme il a été mentionné ci-dessus, est plus convaincant.

En effet, le rapport SMR reste moins exhaustif, principalement en ce qui concerne les examens réalisés et le temps consacré à la patiente. Alors que la PMU a pu examiner l'assurée durant plusieurs jours, le SMR s'est contenté d'un seul examen médical. Cela est particulièrement important pour ce qui concerne l'appréciation psychiatrique, qui est déterminante dans les cas de trouble somatoforme douloureux.

Au vu des différents éléments figurant au dossier et compte tenu de ce qui précède, la capacité de travail de l'assurée doit être fixée en se basant principalement sur le rapport de la PMU, laquelle a apprécié la capacité résiduelle de travail sur les plans pneumologique et psychique et retenu à l'issue des séances de décision multidisciplinaires, une limitation de la capacité de travail à 40 %, cela d'un point de vue global.

9. Le diagnostic posé par la PMU fait état de fibromyalgie, sarcoïdose pulmonaire, cutanée, parotidienne et musculaire, trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique et personnalité à traits histrioniques. Il semble établi à la lecture de l'entier du dossier que la recourante souffre principalement d'une sarcoïdose et d'un trouble somatoforme douloureux.

   S'agissant tout d'abord de la sarcoïdose, elle a été diagnostiquée dès le mois d'août 2000 par le Dr S_____, Chef de clinique de la Division de Pneumologie de l'Hôpital Cantonal, alors que la recourante avait été hospitalisée durant une dizaine de jours, après avoir été déjà séjourné à l'hôpital durant une quinzaine de jours au mois de mai. A cette époque, la sarcoïdose a déjà été diagnostiquée par ce spécialiste comme étant de stade II, soit un état avancé compte tenu du fait que la sarcoïdose compte 4 stades (0, I, II et III). Il est donc erroné de retenir comme le fait le SMR que ce diagnostic est postérieur à la décision litigieuse, étant entendu que cette affection est toujours susceptible de toucher successivement ou simultanément un grand nombre d'organes ou de tissus, ce qui explique pour quelle raison cette maladie a pu se manifester sous différentes formes durant toutes ces années

   Par la suite, avant que la PMU réalise une expertise de l'assurée, ce diagnostic a été évoqué à de nombreuses reprises par différents médecins. Le fait que la maladie soit au stade II en août 2000 démontre qu'elle existait très probablement déjà en 1999 et avait à ce moment-là déjà une influence sur la capacité de travail de l'assurée. A noter qu'une expertise médicale effectuée par les Dr T_____ et I_____ du Centre multidisciplinaire de la douleur de Genolier avaient également posé le diagnostic de sarcoïdose et fibromyalgie en août 2000, indiquant que l'arrêt de travail se poursuivait et était tout à fait justifié du point de vue médical et psychiatrique.

   Il y a donc lieu de retenir ce diagnostic de sarcoïdose comme atteinte physique objective dont souffre l'assurée, cette atteinte limitant sa capacité de travail conformément à ce qui figure clairement dans l'expertise de la PMU.

10. S'agissant de la question du trouble somatoforme douloureux, il n'est pas possible de reprendre telles quelles les conclusions de la PMU, mais il convient d'examiner les conditions fixées par la jurisprudence pour admettre son caractère invalidant.

    Tout d'abord, il y a lieu de nier l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes dès lors que le trouble dépressif récurrent a été jugé de gravité moyenne par les experts de la PMU.

    En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mobour/Schmidt (éd.), Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème éd., p. 191) sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un

diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine ; ATFA non publié du 25 novembre 2004 en la cause I 450/03). Cette appréciation reste valable quand bien même les experts ont diagnostiqué une personnalité à traits histrioniques accompagnant le trouble dépressif, dans la mesure où un personnalité à traits histrioniques ne subit pas de répercussion quantifiable sur sa capacité de gain.

Ainsi, un trouble dépressif et une personnalité à traits histrioniques ne justifient pas à eux seuls d'admettre que la recourante n'est pas en mesure d'accomplir les efforts de volonté permettant de surmonter ses douleurs et de réintégrer un processus de travail.

Se pose dès lors la question du cumul éventuel d'autres critères permettant d'apprécier le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux litigieux. Il y a donc lieu d'examiner si la recourante réunit en sa personne, de manière suffisamment marquée, plusieurs autres critères consacrés par la jurisprudence qui fondent un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle.

Sur ce point, il convient de tenir pour établie la présence d'affections corporelles chroniques (1). En effet, les douleurs sont présentes depuis de nombreuses années sans qu'une amélioration ait pu être constatée à certaines périodes, même de manière temporaire. Elles ont pris une place centrale dans la vie de l'assurée, sur laquelle elles ont des répercussions fonctionnelles importantes et durables. De plus, ces douleurs ont pu être en partie expliquées en raison de l'atteinte musculaire due à la sarcoïdose, qui doit être pleinement reconnue ainsi qu'on vient de le voir.

S'agissant du critère de la perte d'intégration sociale (2), il n'apparaît pas réalisé. En effet, l'assurée décrit une famille très unie avec une excellente entente. Elle a également fait état de nombreux amis qu'elle rencontre fréquemment et qui l'ont beaucoup soutenue ces dernières années. Il n'y a pas de retrait particulier mentionné dans les domaines de la vie sociale.

L'état psychique de la patiente peut sembler cristallisé et sans évolution possible sur le plan thérapeutique (3), démontrant simultanément un échec et une libération du processus de résolution du conflit psychique. En effet, l'état dépressif diagnostiqué n'a pas évolué favorablement, alors que la recourante suit un traitement médicamenteux ad hoc. Selon l'experte psychiatre de la PMU, la situation semble s'être rigidifiée. A noter que les éléments dépressifs sont présents depuis de nombreuses années, soit depuis 1999.

Enfin, l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (4) ressort également de l'expertise. En effet, il n'y a pas de problème de compliance médicamenteuse et les documents médicaux figurant au dossier n'indiquent pas que certains traitements spécifiques pourraient encore améliorer la symptomatologie douloureuse. Selon les pneumologues, la sarcoïdose est bien traitée, mais l'évolution de la maladie est difficilement prévisible. Il y a donc lieu

de constater que les douleurs sont restées peu influençables par les traitements entrepris et il ressort de l'expertise qu'il sera difficile d'améliorer la situation.

En conclusion, il apparaît que l'assurée présente un nombre suffisant de critères permettant de reconnaître le trouble somatoforme douloureux dont elle souffre comme invalidant. L'existence de ces critères et les conséquences qui en découlent au sens de la jurisprudence vont dans le même sens que les conclusions des médecins de la PMU, à savoir que l'assurée n'est pas totalement en mesure de surmonter ses douleurs pour se réintégrer dans le milieu économique normal cela en raison des effets conjugués de la sarcoïdose et du trouble somatoforme douloureux dont elle souffre.

Au bénéfice des explications qui précèdent, le Tribunal de céans se fondera ainsi sur les conclusions des experts de la PMU pour retenir que l'assurée n'est en mesure de reprendre une activité professionnelle qu'à un taux de 40 %, tel qu'il a été fixé par les experts, en fonction de son état de santé global.

11. S'agissant de la détermination du taux d'invalidité de la recourante, l'art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (ci-après : RAI) prévoit que l'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative est évaluée en fonction de l'empêchement d'accomplir leurs travaux habituels, c'est à dire l'activité usuelle dans le ménage et l'éducation des enfants.

Selon l'art. 27bis RAI, « lorsque les assurés n'exercent une activité lucrative qu'à temps partiel ou apportent une collaboration non rémunérée à l'entreprise de leur conjoint, l'invalidité pour cette part est évaluée selon l'art. 28 al. 2 LAI. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels au sens de l'art. 5 al. 1 LAI, l'invalidité est fixée selon l'art. 27 pour cette activité-là. Dans ce cas, il faudra déterminer la part respective de l'activité lucrative ou de la collaboration apportée à l'entreprise du conjoint et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ».

En l'occurence, au moment du dépôt de sa demande de prestations de l'assurance-invalidité, la recourante n'exerçait aucune activité professionnelle. Il y a donc lieu de se demander si celle-ci exercerait une activité lucrative si son état de santé le lui permettait.

En effet, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt non publié du 29 octobre 2002 en la cause I 214/02), tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28 al. 2 et 3 LAI, en corrélation avec les art. 27 s. RAI). Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité

lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait - les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes - si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références).

Il faut donc examiner si l'assurée, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assurée, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assurée, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 117 V 195; VSI 1996 p. 209 consid. 1c).

12. En l'espèce, il ressort du dossier qu'avant la survenance de ses problèmes de santé, la recourante exerçait deux emplois à temps partiel, soit couturière à domicile et concierge. Elle ne travaillait plus à plein temps depuis 1974 en raison de ses obligations familiales et par choix personnel, ainsi qu'elle l'a indiqué sur le questionnaire servant à déterminer le statut d'assuré.

    De plus, bien qu'ayant dû cesser son activité de couturière à domicile à fin octobre 1999 en raison de ses douleurs, il apparaît qu'elle a continué à exercer celle de concierge, à tout le moins à en percevoir le salaire de 628 fr. 35 durant toute l'année 2000 sans interruption pour cause de maladie. Il n'est pas indiqué si elle a pu néanmoins continuer à effectuer elle-même les tâches liées à cette activité professionnelle.

    A la lecture du dossier, on ignore donc à quel taux l'assurée exerçait ces deux activités professionnelles ainsi que le temps qu'elle consacrait à la tenue de son ménage.

    Vu ce qui précède, le dossier doit être renvoyé à l'OCAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

    Dans ce cadre, il y aura lieu de retenir sur le plan médical les conclusions émises par les experts de la PMU s'agissant de la capacité de travail, avant de déterminer clairement le statut de l'assurée par des enquêtes appropriées et de fixer à nouveau le taux d'invalidité en appliquant la méthode mixte.

13. Au bénéfice de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la décision sur opposition annulée.

    Une indemnité de fr. 1'500.- sera allouée à la recourante.

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 et renvoie la cause à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

4. Condamne l'OCAI à verser à la recourante une indemnité de 1'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de son mandataire.

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

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

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