RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/324/2004 **ATAS/979/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

6ème Chambre

du 29 novembre 2004

En la cause

Madame M_____, comparant par Me Catherine RONDONI en l'étude de laquelle elle élit domicile	recourante

contre

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

Siégeant : Madame Valérie MONTANI , Présidente, Mesdames Juliana BALDE et Isabelle DUBOIS, Juges.

EN FAIT

1. Madame M_____, ressortissante portugaise née en 1953, est arrivée en Suisse en 1982 pour y rejoindre son époux. Elle a travaillé en tant que nettoyeuse peu après son arrivée pour la mission diplomatique d'Espagne à Genève. Par la suite, dès 1986, elle a été employée par X_____ puis Y_____ SA jusqu'au 31 décembre 1995, date à laquelle elle a été licenciée pour des raisons économiques.

2. Le 18 janvier 1999, l'assurée a déposé une demande de prestation 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 d'une maladie psychotique et d'asthme chronique.

3. Dans un rapport médical à l'attention de l'OCAI du 1er juillet 1999, la Dresse A_____, médecin-traitant, a indiqué que sa patiente était en incapacité totale de travailler depuis le 23 mars 1998. L'atteinte à la santé existait depuis 1991, mais était plus prononcée depuis 1996. Le diagnostic posé était celui de syndrome obstructif modéré avec réversibilité partielle après broncho-dilatateurs, hyperréactivité bronchique, réactivations post-infectieuses régulières, bloc de branche droit, hypertension artérielle, syndrome dépressif, migraine, discopathies C5-C6 et C6-C7, herpès labial récidivant.

4. Par courrier du 7 juin 2001 adressé à l'OCAI, la Dresse A_____ a indiqué que l'état psychique de sa patiente était en nette péjoration et qu'elle refusait de voir un psychiatre car elle était figée dans l'attente de son invalidité.

5. Sur mandat de l'OCAI, le Centre d'observation médical de l'assurance-invalidité (ci-après : COMAI) a rendu un rapport d'expertise multidisciplinaire le 10 octobre 2002. A l'issue de cette expertise, le diagnostic suivant avec influence essentielle sur la capacité de travail a été posé : trouble somatoforme douloureux persistant de type fibromyalgie et trouble dépressif récurrent, épisode actuel de gravité moyenne. L'assurée se sentant dans l'incapacité totale de travailler en raison de ses douleurs, elle n'avait jamais repris d'activité professionnelle après son licenciement de décembre 1995. Les douleurs étaient au premier plan et étaient peu influençables par les traitements entrepris. Par ailleurs, elles s'accompagnaient d'une fatigue constante et d'une impossibilité à tenir le ménage.

   Du point de vue rhumatologique, la Dresse B_____ a indiqué que l'anamnèse rhumatologique dirigée ne fournissait pas d'argument en faveur d'une maladie inflammatoire et que le bilan radiologique relativement exhaustif effectué se révélait sans particularité et strictement comparable à celui effectué en 1996. L'examen clinique était marqué par l'importance du tableau algique démonstratif et par l'importance des contre-pulsions exercées lors de toute mobilisation articulaire.

Les données objectives en la possession de la spécialiste ne lui permettaient pas d'expliquer l'ensemble de la symptomatologie douloureuse de la patiente, raison pour laquelle le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant de type fibromyalgie était retenu. En tenant compte des répercussions fonctionnelles de la douleur, la capacité de travail en tant que nettoyeuse était estimée à 50 %.

Sur le plan psychiatrique, la Dresse C_____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel de degré moyen. D'après les experts, c'était probablement dans ce contexte dépressif associé aux douleurs chroniques, que la patiente ne s'était plus sentie capable de reprendre une activité professionnelle après le licenciement de décembre 1995. L'assurée souffrait de la séparation d'avec son fils, marié et père d'un enfant, qui représentait un élément essentiel de son équilibre. L'expertisée vivait recluse chez elle, s'activant un peu au ménage et ne sortant que très peu. Elle avait une très mauvaise estime d'elle-même, se sentant profondément détachée de tout et évoquant parfois même des idées suicidaires sans réel scénario évoqué. Certains éléments extérieurs à l'invalidité participaient également à la détresse de la patiente, ayant joué un rôle dans l'installation de l'état dépressif et correspondant bel et bien à une atteinte à la santé psychique. La douleur avait pris une place centrale dans la vie de la patiente et malgré une importante démonstrativité lors de l'examen clinique, les experts se déclaraient convaincus de l'authenticité du vécu douloureux de la patiente et de l'importance des conséquences fonctionnelles négatives dans sa vie quotidienne. Pour des raisons psychiatriques, l'assurée présentait une incapacité de travail de plus de 70 %.

Cette atteinte à la santé physique et psychique représentait selon le COMAI une importante limitation quant à la capacité de travail raisonnablement exigible, qui était évaluée à 30 % au plus. Les experts doutaient que l'assurée puisse mettre en valeur une capacité de travail dans le circuit économique normal. Il a été souligné que la patiente pourrait mieux mettre en valeur cette capacité de travail résiduelle dans le cadre d'une activité de type occupationnel et que sa capacité de travail dans le circuit économique normal était probablement nulle. D'après le COMAI, les douleurs étaient au premier plan et s'accompagnaient d'une fatigue constante. Ces douleurs étaient restées peu influençables par tous les traitements entrepris, mais les spécialistes du COMAI ont relevé un taux plasmatique d'antidépresseur quasiment indétectable, ce qui suggérait fortement un problème de compliance médicamenteuse. Les experts ajoutaient que cela était souvent le cas dans le trouble somatoforme douloureux persistant qui était peu accessible aux traitement connus à ce jour. Il y avait lieu de rediscuter avec la patiente de l'importance d'un traitement antidépresseur et du suivi dans le contexte du syndrome de la douleur chronique, ceci d'autant plus qu'il existait un état dépressif clinique.

6. Le 3 mars 2003, le Dr D_____, médecin-conseil de l'OCAI, a rédigé une note d'appréciation suite à l'expertise du COMAI. Selon lui, le comportement de l'assurée était dirigé constamment vers un but bien précis, à savoir l'obtention

d'une prestation de l'assurance-invalidité. L'assurée ne disait pas la vérité, notamment concernant son traitement antidépresseur. L'examen clinique rhumatologique avait été quasiment irréalisable, ce dont les experts n'avaient pas tenu compte dans leur évaluation finale. L'état dépressif reconnu n'était pas traité. Enfin, le syndrome douloureux présenté n'avait pas valeur de maladie pour l'assurance-invalidité sur la base des critères développés par le Tribunal fédéral des assurances (ci-après : TFA).

7. Par décision du 4 mars 2003, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée pour le motif que le trouble somatoforme douloureux présenté par l'assurée ne présentait pas un degré de gravité suffisant pour être reconnu comme invalidant au sens de la jurisprudence en la matière.

8. Par courrier du 4 avril 2003, l'assurée s'est opposée à cette décision et a conclu à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée. Elle a fait valoir que le Dr D_____ n'avait pas la compétence de rejeter les conclusions du COMAI qui n'était mandaté que dans des situations particulièrement difficiles, alors que les explications du médecin-conseil de l'OCAI ne se fondaient sur aucun examen sérieux. De plus, l'expertise devait se voir reconnaître pleine valeur probante. Enfin, à défaut de réaliser une enquête sur place permettant de vérifier la concordance entre les allégations de l'assurée et sa réalité quotidienne, l'OCAI devait tenir pour acquis les déclarations de l'assurée et le médecin-conseil ne pouvait les remettre en cause.

9. Suite à l'opposition de l'assurée, l'OCAI a entrepris une mesure d'instruction complémentaire sous la forme d'un examen clinique bidisciplinaire effectué par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), lequel a rendu un rapport d'examen le 7 octobre 2003. Le SMR a diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux, une notion anamnéstique de syndrome broncho-obstructif de degré léger, un excès pondéral, une notion anamnéstique de bloc de branche D ainsi qu'un trouble dysthymique. Sur le plan somatique, l'examen était dans les limites de la norme. Au plan ostéoarticulaire, il existait des troubles de la statique vertébrale tout à fait discrets et une limitation discrète également de la mobilité du rachis tant cervical que lombaire. A part les douleurs alléguées par l'assurée, l'examen ostéoarticulaire tant axial que périphérique était normal.

   Sur la base de leurs propres constatations, les médecins du SMR ne pouvaient pas suivre les conclusions du rhumatologue du COMAI qui estimait la capacité de travail réduite de 50 % en raison des douleurs. Vu l'absence d'anomalie objective au status et l'absence d'altérations vertébrales radiologiques sur une période de six ans, il était possible d'affirmer que l'assurée ne présentait pas d'atteinte rhumatologique significative, de sorte qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles à retenir au plan ostéoarticulaire. Par ailleurs, l'examen psychiatrique au SMR relevait un tableau sensiblement différent de celui décrit

dans l'expertise du COMAI, qui reposait essentiellement sur les plaintes de l'assurée. Les signes cliniques relevés par le SMR n'atteignaient pas un degré suffisant pour poser le diagnostic de trouble dépressif majeur et le tableau clinique correspondait au diagnostic de trouble dysthymique. En conclusion, la capacité de travail exigible était complète, compte tenu du fait qu'il n'existait pas d'atteinte à la santé somatique objectivement et significativement limitative de la capacité de travail et que l'évaluation psychiatrique ne permettait pas de mettre en évidence une atteinte à la santé significative.

10. Le 22 décembre 2003, l'OCAI a rendu une décision sur opposition confirmant sa décision initiale du 4 mars 2003. Le rapport du SMR s'écartait des conclusions du COMAI, dont les experts avaient pris en considération divers éléments extérieurs à l'invalidité pour reconnaître une atteinte à la santé psychique en tant que telle. Ces mêmes experts avaient par ailleurs noté l'absence de pathologie physique, de sorte que la capacité de travail réduite à 30 % à laquelle parvenaient leurs conclusions ne semblait pas justifiée. Aucun élément objectif ne permettait de justifier une limitation de la capacité de travail de l'assurée et les critères énoncés par le TFA pour admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux n'étaient pas remplis.

11. Par fax du 23 décembre 2003, l'assurée a indiqué à l'OCAI qu'elle lui avait fait parvenir ses déterminations sur le rapport du SMR le 8 décembre 2003, mais qu'il n'en avait pas été tenu compte dans la décision sur opposition. Elle demandait donc à ce qu'une nouvelle décision soit rendue. Dans son écriture du 8 décembre 2003, elle avait fait valoir que le temps qui lui avait été consacré par le COMAI était manifestement plus important que celui que lui avait consacré le SMR, à savoir trois jours contre une heure et demie. Par ailleurs, le rapport du COMAI résultait d'examens et de discussions approfondies et sa crédibilité était supérieure à celle du rapport du SMR. Ainsi, seule l'expertise du COMAI devait être prise en considération, et il était subsidiairement sollicité l'intervention d'experts externes à l'OCAI, dans le cas où le rapport du SMR venait à être retenu.

12. Le 19 janvier 2004, l'OCAI a rendu une nouvelle décision sur opposition tenant compte des observations de l'opposante. Les experts du COMAI avaient retenu une capacité résiduelle de travail en contradiction avec leurs constatations objectives, sans en justifier précisément les raisons. En revanche, les médecins du SMR, dont le rapport remplissait les conditions énoncées par la jurisprudence fédérale, avaient motivé leurs conclusions et expliqué en détail les raisons les amenant à écarter l'appréciation des experts du COMAI. Par ailleurs, le rapport du SMR ne faisait que corroborer le point de vue que l'OCAI avait déjà dans ce dossier. La décision sur opposition du 4 mars 2003 était donc confirmée.

13. Par acte déposé le 19 février 2004, l'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à ce qu'un degré

d'invalidité de 70 % au moins lui soit reconnu et qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée. Subsidiairement, elle demandait à ce qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée. Elle a fait valoir que la décision était contestée, car elle reposait exclusivement sur l'appréciation du SMR et qu'il était impossible de récuser ce service médical qui ne pouvait intervenir au titre d'expert indépendant. Par ailleurs, les conditions permettant de s'écarter de l'expertise du COMAI n'étaient pas remplies et l'OCAI avait violé son devoir d'objectivité. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux était précisément posé dans les cas où aucune atteinte à la santé physique n'avait pu être constatée, ce qui n'empêchait pas ce trouble d'entraîner une incapacité de travail. Enfin, le rapport du COMAI répondait le mieux aux critères posés par la jurisprudence, de sorte que la décision ne devait reposer que sur cette expertise.

14. Par préavis du 23 mars 2004, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition. Les motifs ayant conduit au rejet de la demande de prestations ressortaient de la décision sur opposition. L'OCAI a ajouté que les SMR étaient soumis à la surveillance matérielle directe des offices AI, mais qu'ils étaient indépendants dans l'appréciation médicale des cas d'espèce. Il a également rappelé qu'il s'était déjà écarté des conclusions du COMAI dans la décision initiale du 4 mars 2003 en l'absence du rapport du SMR, lequel n'avait fait qu'étayer sa décision initiale.

15. Ce document a été transmis à la recourante et la cause a ensuite été gardée à juger par le Tribunal de céans.

EN DROIT

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

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

Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1er juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (ATF 130 I 226).

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : 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.

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

4. 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.

5. 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).

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

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).

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 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; VSI 2000 p. 154 consid. 2c).

En outre, lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353).

6. 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).

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 juin 2004 en la cause I 531/03).

7. En l’espèce, en ce qui concerne les principales appréciations médicales, le dossier contient un rapport d’expertise du COMAI ainsi qu’un rapport d'examen clinique bidisciplinaire du SMR. Par ailleurs, figurent également au dossier les rapports médicaux du médecin-traitant et du médecin-conseil de l’OCAI.

   Les spécialistes du COMAI ont procédé à un examen clinique complet de l’assurée et ont réalisé des examens approfondis par deux médecins, dont une spécialiste en rhumatologie et une spécialiste en psychiatrie.

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

   Une anamnèse complète a été réalisée et la patiente a été entendue plusieurs fois par les experts. Le rapport est circonstancié et les experts du COMAI ont procédé à une

séance de décision multidisciplinaire afin de parvenir à des conclusions claires. L'état de santé de la recourante a ainsi fait l'objet d'examens approfondis. le rapport d'expertise satisfait donc à tous les réquisits jurisprudentiels et doit se voir ainsi reconnaître pleine valeur probante.

S'agissant du rapport du SMR, il est certes plus récent que celui du COMAI, mais reste moins exhaustif, principalement en ce qui concerne les examens réalisés et le temps consacré à la patiente. Alors que le COMAI 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. Par ailleurs, sur le plan rhumatologique, les constatations du SMR rejoignent celles du COMAI. En effet, les médecins du SMR ont relevé qu'il existait au plan ostéoarticulaire des troubles de la statique vertébrale tout à fait discrets et une limitation discrète également de la mobilité du rachis tant cervical que lombaire. L'examen ostéoarticulaire tant axial que périphérique était normal. Quant aux experts du COMAI ils notent que l'examen radiologique du 9 juillet 2002 est dans les normes, les troubles minimes dégénératifs mis en évidence sur la colonne lombaire sont non significatifs.

La différence essentielle de ces deux rapports réside en réalité dans 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.

Or, à cet égard, le rapport du COMAI plus approfondi que celui du SMR comme il a été mentionné ci-dessus est plus convaincant, ce d'autant que malgré l'importante démonstration de l'assurée lors de l'examen clinique, les experts du COMAI se sont déclarés convaincus de l'authenticité du vécu douloureux de la patiente et de l'importance des conséquences fonctionnelles négatives dans sa vie quotidienne (cf. expertise COMAI p. 14).

Pour le surplus, l'argument de l'OCAI qui accorde pleine valeur probante au rapport du SMR pour le motif que celui-ci corrobore son point de vue initial du dossier ne saurait être suivi.

Enfin, le rapport SMR, intervenant comme contre expertise de celle du COMAI, n'était pas commandé par les circonstances, dans la mesure où cette dernière devait se voir reconnaître pleine force probante. En tout état de cause, le rapport du SMR ne contient pas d'éléments permettant de mettre en doute les conclusions du COMAI.

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 du COMAI, lequel a apprécié la capacité résiduelle de travail sur les plans

rhumatologique et psychique et retenu à l'issue de la séance de décision multidisciplinaire, une limitation de la capacité de travail à 30 %, cela d'un point de vue global.

8. S'agissant d'un trouble somatoforme douloureux, il convient d'examiner les conditions fixées par la jurisprudence pour admettre son caractère invalidant.

S'agissant du premier critère, 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 du COMAI.

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 plus de dix sans qu'une amélioration ait pu être constatée à certaines périodes, même de manière temporaire. Les douleurs ont pris une place centrale dans la vie de l'assurée, sur laquelle elles ont des répercussions fonctionnelles importantes et durables.

S'agissant du critère de la perte d'intégration sociale (2), il apparaît indubitablement réalisé à la lecture de l'expertise du COMAI. En effet, il est mentionné clairement que l'assurée vit recluse à la maison, s'activant un petit peu au ménage (tâches les plus légères), ne sortant pratiquement pas. Un retrait est constaté dans tous les domaines de la vie sociale. L'assurée ressent également un besoin de s'isoler ainsi qu'un fort sentiment de détachement. Elle n'a plus exercé d'activité professionnelle depuis 1995, alors qu'auparavant le travail représentait beaucoup pour elle. Par ailleurs, il n'est pas démontré que l'assurée soit en mesure de surmonter ses douleurs dans le cadre de certaines activités, ce qui est démontré par le fait que le trouble influe sur l'entier de sa vie sociale. Des difficultés importantes existent également dans le couple en raison d'un conflit centré autour de la maladie de l'assurée et de l'impossibilité pour le mari de reconnaître les difficultés de son épouse.

L'état psychique de la patiente semble par ailleurs cristallisé et sans évolution possible sur le plan thérapeutique (3), démontrant simultanément un échec et une libération du processus de résolution du conflit psychique. Ainsi, les douleurs et la fuite dans la maladie sont une conséquence directe des difficultés que rencontre l'assurée avec sa famille proche, soit l'éloignement d'avec son fils, le fait qu'elle ne soit pas capable de s'occuper de sa petite-fille et le fait que son mari ne reconnaisse

pas ses difficultés. Il existe un conflit de couple centré sur la maladie, ce qui participe à la détresse de l'assurée. Il est par ailleurs précisé dans l'expertise que l'assurée est sans ressources sur le plan psychologique. Les sources de conflit psychique ont donc été mises en évidence par les experts et permettent d'expliquer le développement du syndrome douloureux et son aboutissement à l'impossibilité de reprendre une activité lucrative. A noter que les éléments dépressifs sont présents depuis de nombreuses années, soit depuis 1998 au moins.

Enfin, l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (4) ressort également de l'expertise, cela même si les experts ont mis en évidence un problème de compliance médicamenteuse. Les experts ont en effet précisé que le traitement antidépresseur pourrait permettre de stabiliser les symptômes dépressifs, mais cela ne devrait avoir aucune répercussion en termes de capacité de travail. Les douleurs sont restées peu influençables par tous les traitements entrepris comme les AINS et la physiothérapie. Les médecins ont pu évaluer l'état de la recourante et des traitements envisageables en concluant qu'il serait difficile d'améliorer la situation. Ainsi, la poursuite du traitement médicamenteux ne serait pas susceptible à long terme d'améliorer la symptomatologie d'anxiété et l'état de l'assurée reste peu influençable, même à l'aide d'un traitement psychiatrique mieux suivi médicalement. Aucun potentiel de réinsertion professionnelle n'a été mis en évidence.

En conclusion, il apparaît que l'assurée présente l'intégralité des 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 du COMAI, à savoir que l'assurée n'est pas en mesure de surmonter ses douleurs pour se réintégrer dans le milieu économique normal. A cet égard, l'épuisement des ressources adaptatives et l'impossibilité de retrouver du travail en raison des atteintes à la santé de l'assurée, tels qu'ils ont été constaté par les experts du COMAI sont déterminants. De plus, les critères précités présentent une intensité et une constance suffisantes, qui permettent de reconnaître pleinement le trouble somatoforme douloureux comme invalidant. Le Tribunal de céans se fondera ainsi sur les conclusions des médecins du COMAI et retiendra que l'assurée n'est pas en mesure de reprendre une activité professionnelle à un taux supérieur à 30 %, tel qu'il a été fixé par les experts.

9. Afin de déterminer le taux d'invalidité de la recourante, il sied dès lors de comparer les revenus qu'elle obtiendrait dans son activité à 100 % avec ceux qu'elle pourrait obtenir en étant invalide et en exerçant l'activité que l'on peut encore raisonnablement attendre d'elle.

   Dans le cas qui nous occupe, la méthode générale de comparaison des revenus pourra être utilisée, s'agissant d'une assurée ayant dû interrompre ou cesser son

activité lucrative pour cause de maladie ou d'accident et qui, sans handicap, continuerait à exercer la même activité lucrative. (art. 28 al. 2 LAI ; Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité - CIIAI, n° 3009).

Sur la base des investigations entreprises, le rapport d'expertise fixe la capacité résiduelle de travail de la recourante dans la même profession à 30 % au maximum.

En conséquence, il y lieu de retenir que l'invalidité, fixée de manière théorique, équivaut à 70 % au moins et ouvre donc à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité.

10. Compte tenu du fait que l'assurée a déposé sa demande le 18 janvier 1999 et que les experts ont fixé le début de son incapacité de travail au mois de mars 1998, la naissance du droit à la rente sera fixée au 1er mars 1999, soit une année à partir du moment elle a présenté une incapacité de travail de 40 % au moins sans interruption notable (art. 29 LAI).

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

    Une indemnité de fr. 2'000.- 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.

3. Annule la décision sur opposition de l'OCAI du 19 janvier 2004.

4. Dit que Madame M_____ a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er mars 1999.

5. Condamne l'Office cantonal de l'assurance-invalidité à verser au recourant, à titre de dépens, la somme de fr. 2'000.-.

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :	La Présidente :
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

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