REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4022/2006 **ATAS/594/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 30 mai 2007

En la cause

Madame P_____, domiciliée , Petit-Lancy, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MEYER Daniel	recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Florence BRUTSCH et Bertrand REICH, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame P_____, née en 1976, d'origine portugaise, est arrivée en Suisse en 1994. Divorcée, puis séparée d'un second mariage, l'intéressée est mère de deux garçons nés en 1998 et 2000. Sans formation professionnelle, elle a travaillé en qualité d'employée d'entretien, puis de vendeuse.

2. La dernière activité de l'intéressée fut celui de vendeuse auprès de X_____ à plein temps, du 2 au 23 juillet 2001, date à laquelle elle a cessé son activité en raison d'un trouble dépressif, une fibromyalgie et des lombalgies chroniques. En outre, selon un rapport médical adressé à La Bâloise Assurances le 4 décembre 2001 par le Centre de médecine communautaire de ("établissement hospitalier"), l'intéressée a été mise en arrêt de travail à 100% dès le 27 juillet 2001 pour des contusions multiples, un état de stress aigu et post-traumatique.

3. Le 11 février 2003, l'intéressée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal AI (ci-après OCAI), visant à l'octroi d'une rente.

4. Dans un rapport adressé à l'OCAI en date du 12 février 2003, le Dr A_____ a posé les diagnostics de trouble dépressif, fibromyalgie et lombalgies chroniques, troubles existants depuis 1999. L'incapacité de travail est de 100% dès le 1er juillet 2002. Pour le surplus, le médecin a répondu par la négative à toutes les questions relatives aux capacités fonctionnelles.

5. La Dresse B_____, spécialiste FMH en neurologie, a adressé un rapport à l'OCAI en date du 30 avril 2003. Le diagnostic de fibromyalgie a été posé depuis décembre 2001. S'agissant de la capacité de travail, ce médecin a indiqué qu'elle n'avait pas signé d'incapacité de travail et qu'il fallait se référer au médecin traitant. Un traitement de Fluctine a été prescrit, avec une légère amélioration constatée lors de la consultation du 29 janvier 2002. Depuis lors, elle n'avait plus revu cette patiente et ignorait quelle était son évolution.

6. Dans un rapport adressé en date du 18 janvier 2005 au Dr C_____ de la Permanence des ACACIAS SA, le Dr D_____, spécialiste FMH en neurologie et en électroneuromyographie, a relevé que la consultation du 18 janvier 2005 avait révélé une discrète contracture para-cervicale prédominant à droite, avec une limitation dans les mouvements de rotation de la nuque vers la droite. Il avait conclu à un syndrome cervical modéré et des paresthésies discrètes dans le territoire radiculaire C8, sans signe d'atteinte lésionelle à l'examen électroneuro-myographique. Il s'agissait donc d'une atteinte radiculaire uniquement irritative, d'évolution favorable sous traitement conservateur.

7. Le Dr C_____ a adressé un rapport à l'OCAI en date du 10 décembre 2005. Il a indiqué que la patiente souffre de fibromyalgie depuis cinq ans, et que suite à

l'accouchement de son dernier enfant en 2000, les symptômes sont apparus par des douleurs cervicales, lombaires et au niveau des deux genoux. Elle souffre encore d'une épilepsie généralisée (Grand Mal), depuis l'âge de 22 ans, pour laquelle elle est suivie à la polyclinique de neurologie. Il indique que l'incapacité de travail dans son activité de vendeuse est de 100% depuis 2000.

8. Sur avis du SMR Suisse-romande, l'OCAI a mandaté la polyclinique médicale universitaire de Lausanne (PMU), pour expertise multidisciplinaire.

9. Dans son rapport du 7 juin 2006, la PMU a indiqué que l'intéressée avait fait l'objet d'un examen clinique et rhumatologique en date du 22 mars 2006, et d'un consilium de psychiatrie le 29 mars 2006. Les conclusions du rapport ont été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 12 avril 2006, en présence des médecins internistes, rhumatologues et psychiatres. Lors de l'examen neurologique, dix points douloureux de fibromyalgie sur dix-huit ont été relevés, ainsi que quatre points de contrôles douloureux sur dix. Quant aux signes comportementaux selon Wadell, trois étaient présents sur cinq. Aucun trouble sensitif tacto-algique systématisé n'a été relevé. Lors de la consultation de psychiatrie du 19 mars 2006, le Dr E_____, psychiatre FMH, a constaté une thymie très altérée, une patiente ralentie, triste, sans élan vital et sans espoir. Très isolée socialement, elle n'a plus de famille en Suisse, et semble se mettre "sous bulle" en prenant des benzodiazépines de manière anarchique. La prédominance matinale, les symptômes associés tels que sentiment de culpabilité, mauvaise estime de soi, évoquent une dépression majeure, et doivent être pris au sérieux. Le psychiatre a retenu un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, séparé du trouble somatoforme douloureux, et en première position. L'expertisée est actuellement incapable de s'inscrire dans sa vie, dans l'avenir, et à plus forte raison dans le domaine professionnel. Un traitement optimal concernant la dépression, un encadrement et un accompagnement, pourraient lui permettre de s'insérer dans la vie professionnelle et sociale. Les experts ont retenu comme diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et un syndrome douloureux somatoforme persistant se manifestant par un syndrome fibromyalgique. En revanche, les autres diagnostics, en particulier l'épilepsie généralisée idiopathique, les difficultés liées à des violences présumées du conjoint, la séparation conflictuelle, et les difficultés liées à une perte de relation affective pendant l'enfance, sont sans influence essentielle sur la capacité de travail. Dans leur appréciation du cas, les médecins ont relevé que sur la base de l'examen clinique et l'étude du dossier radiologique, il n'est pas retrouvé d'origine organo-musculo-squelettique évidente pour pouvoir expliquer les symptômes douloureux ostéo-articulaires généralisés. Sur le plan neurologique, il n'y a pas de déficit systématisé, ni de signe clinique en faveur d'un syndrome du tunnel carpien, ou de récidive du côté droit opéré. Sur le plan psychique, les éléments anamnestiques et de status montrent l'existence d'une altération sévère de la thymie, dont l'évolution a été aggravée par des évènements de vie pénibles.

L'importance des symptômes et leur caractère récurrent justifie ici un diagnostic à part entière, et le trouble dépressif n'est pas uniquement l'expression de manifestations d'accompagnement du syndrome douloureux. L'expertisée est actuellement incapable d'élaborer un projet de vie ou de planifier l'avenir, a fortiori, elle ne peut s'astreindre à une activité professionnelle constituée. Actuellement, l'affection psychique sévère, constituée principalement par le trouble dépressif récurrent, entraîne certainement une incapacité totale de travail dans toute activité professionnelle. Au vu du jeune âge de l'assurée, il convient a priori de tout mettre en œuvre pour empêcher l'installation d'un processus d'invalidation à long terme. Les experts ont dès lors conclu que la capacité de travail actuelle de l'assurée est nulle en raison des troubles psychiatriques, et que l'épisode dépressif responsable de l'incapacité de travail s'est manifesté dès le début de l'année 2003. Cette capacité a persisté, à défaut d'une prise en charge pour le trouble dépressif, qui s'est chronifié, le pronostic est globalement défavorable en raison de l'évolution chronique du trouble dépressif, aggravé par l'association au syndrome somatoforme douloureux persistant et par l'isolement social et familial dans lequel vit l'expertisée. Une prise en charge psychothérapeutique est impérative sur une durée de plusieurs années. En cas de rémission du trouble dépressif, une capacité totale de travail serait envisageable. La situation devra être réévaluée après la mise en place et le suivi d'un traitement médico-psychologique adapté.

10. Dans un avis du 14 août 2006, le SMR Suisse-romande juge que l'expertise du COMAI de Lausanne n'est pas probante. Il relève qu'on ne trouve pas d'épisode dépressif antérieur avéré, et le status clinique actuel est largement parasité par le syndrome de dépendance aux benzodiazépines. On ne saurait parler de retrait social, dès lors que l'assurée s'occupe de ses enfants, les accompagne à l'école, fait les trois repas ainsi que la lessive, tente de surveiller les devoirs et regarde la TV. Pour le SMR Suisse-romande, il s'agit d'un trouble de l'adaptation, une réaction mixte, anxieuse et dépressive, mais ceci n'est pas une atteinte à la santé psychique au sens de l'AI. Un sevrage aux benzodiazépines pourrait grandement améliorer la capacité de travail.

11. Par décision du 28 septembre 2006, l'OCAI a refusé l'octroi de toute prestation d'assurance, au motif que son service médical a retenu qu'elle souffrait d'un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, qui ne constitue pas une atteinte à la santé psychique reconnue par l'AI.

12. Représentée par Me Daniel MEYER, l'intéressée a interjeté recours en date du 1er novembre 2006. Elle s'oppose à la décision de l'intimé, et se réfère aux conclusions de l'expertise ordonnée par l'OCAI, selon laquelle l'atteinte invalidante est clairement distinguée du trouble dépressif. Elle soutient que les troubles neurologiques et rhumatologiques présentent à eux seuls une atteinte à la santé que l'on doit qualifier d'invalidante, et conteste le diagnostic retenu par l'OCAI, contraire à l'expertise psychiatrique effectuée par le COMAI. L'altération sévère

constatée de sa santé psychique trouve son origine ailleurs que dans des évènements de vie pénible, et n'est pas l'expression de manifestation d'accompagnement du syndrome douloureux, comme souligné par les experts. Dès lors que l'expertise revêt pleine valeur probante, l'intéressée considère qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de ses conclusions. Elle conclut en conséquence à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er février 2004.

13. Dans sa réponse du 21 novembre 2006, l'OCAI relève que le SMR est légitimé à s'écarter des conclusions des experts, en application de la jurisprudence fédérale, lorsque des motifs objectifs l'y conduisent. Or, en l'occurrence, les raisons invoquées par l'avis médical étayé du SMR du 14 août 2006 expliquent de manière parfaitement convaincante qu'une atteinte à la santé du registre psychique ne peut être retenue en faveur de l'intéressée. Pour l'OCAI, la pathologie psychique retenue par les experts ne peut en aucun cas être élevée au rang de comorbidité grave et durable au trouble douloureux, le trouble dépressif étant qualifié de moyen et susceptible d'amélioration sous traitement adéquat. Quant aux autres critères pertinents en matière de troubles somatoformes douloureux, en dépit d'une certaine chronicité des affections, l'on ne peut retenir un état psychique cristallisé ni l'échec des traitements conforme aux règles de l'art, étant donné que l'intéressée n'a qu'un suivi psychothérapeutique aléatoire, et qu'elle ne se conforme pas aux exigences du traitement médicamenteux. L'OCAI conclut ainsi au rejet du recours.

14. Ces conclusions ont été communiquées à la recourante en date du 28 novembre 2006, et le dossier mis à sa disposition pour consultation.

15. Par courrier du 12 février 2007, le Tribunal de céans a requis des précisions du Dr F_____, médecin responsable de la PMU, notamment quant au diagnostic retenu dans l'expertise COMAI (trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen) et des conclusions quant à l'exigibilité d'une activité lucrative (affection psychique sévère).

16. Dans sa réponse du 21 février 2007, le Dr F_____ a expliqué les raisons ayant motivé le diagnostic retenu et précisé que la situation de l'assurée reste très préoccupante. Il a relevé l'importance des limitations, telles que décrites extensivement dans la discussion du consilium psychiatrique.

17. Ces écritures ont été communiquées aux parties.

18. Le 1er mars 2007, l'OCAI a fait savoir au Tribunal que les remarques complémentaires du Dr F_____ n'appelaient aucune observation de sa part, si ce n'est qu'elles corroborent son appréciation initiale du cas.

19. La recourante, dans ses dernières écritures du 16 mars 2007, a persisté dans ses conclusions.

20. Sur quoi, la cause a été gardée 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 cantonal des assurances sociales 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 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (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 des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Aussi le droit à une rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

5. Le litige porte sur le caractère invalidant ou non des atteintes à la santé que présente la recourante.

6. Selon l'art. 4 LAI, en sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, l'invalidité 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'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

   Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1).

   L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

   Selon l'art. 28 al. 1 LAI, en sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'est est invalide à 70% au moins [Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 mars 2003 (4e révision AI), en vigueur depuis le 1er janv. 2004 (RO 2003 3837 3852; FF 2001 3045)].

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 en liaison avec l'art. 8 LPGA, 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. 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 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de

l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

Dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50).

Le Tribunal fédéral des assurances a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 354 et 131 V 50), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections

corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.2).

Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants précités - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in : Praxis 94/2005, p. 2007 ss.). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3).

8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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 158 consid. 1).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

9. En l'espèce, selon les Drs A_____ et G_____, la recourante souffre de fibromyalgie et de lombalgies chroniques, ainsi que d'un trouble dépressif. Les symptômes, apparus depuis 1999, ont été exacerbés depuis la naissance de son deuxième enfant, en 2000. Ces troubles entraînent une incapacité de travail de 100 % depuis le 1er juillet 2002, voire depuis 2000 déjà.

   Selon les neurologues, les Drs B_____ et D_____, il n'y a pas d'atteinte lésionnelle, mais un syndrome cervical modéré et une atteinte radiculaire uniquement irritative. Ils ne se sont pas prononcés quant à la capacité de travail, la Dresse B_____ précisant qu'elle n'avait pas prescrit d'arrêt de travail et se référant au médecin traitant sur ce point.

   En présence du diagnostic de fibromyalgie posé par les différents médecins ayant examiné la recourante, c'est à juste titre que l'intimé a ordonné une expertise multidisciplinaire de type COMAI à la PMU de Lausanne. La recourante a fait l'objet d'un examen neurologique, rhumatologique et psychiatrique. L'examen clinique neurologique n'a pas révélé de déficit systématisé et il n'a pas été retrouvé d'origine organo-musculo-squelettique évidente pour pouvoir expliquer les symptômes douloureux ostéo-articulaires généralisés. En revanche, sur le plan psychique, une altération sévère de la thymie a été mise en évidence. Les experts ont conclu que la capacité de travail actuelle de la recourante est nulle en raison des troubles psychiatriques et ont préconisé impérativement une prise en charge thérapeutique. Anamnestiquement, l'épisode dépressif responsable de l'incapacité de travail remonte au début de l'année 2003. En cas de rémission du trouble dépressif, une capacité totale de travail serait envisageable, après réévaluation.

   L'intimé s'est toutefois écarté des conclusions de l'expertise, en se référant à l'avis du SMR qui a considéré que l'expertise de la PMU n'avait pas valeur probante, au motif qu'on ne retrouve pas d'épisode dépressif antérieur avéré et que le status clinique est largement parasité par le syndrome de dépendance aux benzodiazépines. Il a estimé d'autre part qu'il n'y avait pas de retrait social, dès lors que la recourante s'occupait de ses enfants, les accompagnait à l'école, regardait la TV, faisait la lessive et les repas. Selon le SMR, la recourante présente

un trouble de l'adaptation, une réaction mixte, anxieuse et dépressive qui ne constituent pas une atteinte à la santé psychique au sens de l'AI.

Le Tribunal de céans constate en premier lieu que le SMR, dans un avis médical daté du 14 août 2005 non signé, mais lu et approuvé semble-t-il par Madame B1_____, remet en cause les conclusions des experts du COMAI et dénie toute valeur probante à l'expertise. Madame B1_____, dont le titre et la spécialité n'ont au demeurant pas été spécifiés, relève que la patiente avoue une consommation de benzodiazépines (BZD) un peu anarchique et qu'un abus de telles substances donne des effets secondaires sous forme de troubles du sommeil, d'anxiété, de troubles de la mémoire et de la concentration, ainsi que de fatigue. L'auteure de l'avis médical explique avoir montré le dossier à un médecin, le Dr. H_____, dont la spécialité n'est pas indiquée non plus, lequel a attribué ces symptômes à un syndrome de dépendance aux sédatifs, utilisation continue (F13.24). Le SMR analyse ensuite les déclarations que la recourante a faites aux médecins du COMAI et considère qu'il n'y a pas de retrait social. S'agissant du trouble dépressif récurrent, il relève qu'on ne trouve pas d'épisodes dépressifs antérieurs avérés et que le status actuel est largement parasité par le syndrome de dépendance aux BZD. Il conclut à un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive, qui ne constitue pas une atteinte à la santé psychique au sens de l'AI. Il estime d'autre part, qu'un sevrage aux BZD pourrait grandement améliorer la capacité de travail, mesure qui est raisonnablement exigible.

Il convient en conséquence d'examiner si le rapport COMAI de la PMU revêt une valeur probante ou non.

Le Tribunal relève à cet égard que les experts du COMAI ont procédé à l'examen clinique de la recourante, rhumatologique, neurologique et psychiatrique, qu'ils ont effectué des examens de laboratoire, procédé à l'étude du dossier radiologique et de l'ensemble du dossier médical. Le rapport, après un rappel anamnestique, comporte une anamnèse systématique, psychosociale et professionnelle. Ils ont pris en compte les plaintes de l'assurée. Leurs conclusions ont été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire en présence des médecins interniste, rhumatologue et psychiatre. Sur le plan psychiatrique, le diagnostic posé est celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F.33) et de trouble somatoforme douloureux persistant (F.45.4). Le psychiatre a décrit une assurée qui frappe d'abord par une thymie très altérée, elle est ralentie, triste, avec les larmes aux yeux lorsqu'elle évoque sa vie depuis son arrivée en Suisse. Elle a été maltraitée par son père, les relations conjugales, marquées par la violence du mari, se sont détériorées, et elle a dû se réfugier dans des foyers à de nombreuses reprises suite à des menaces de mort. Elle est séparée depuis 2002, ses deux enfants lui ont été confiés et des mesures de protection de la famille ont été mises en place. Le psychiatre explique que les symptômes évoquent une dépression majeure et doivent être pris au sérieux. Il a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode

actuel moyen, séparé du trouble somatoforme douloureux et en première position. Dans leur appréciation du cas, les experts ont justifié le diagnostic à part entière du trouble dépressif par l'importance des symptômes, leur caractère récurrent et le fait qu'il n'est pas uniquement l'expression de manifestations d'accompagnement du syndrome douloureux. Ils ont souligné l'importance de l'isolement social, qui a participé à l'aggravation de la symptomatologie dépressive, altérant les capacités adaptatives de l'assurée. Ils ont indiqué que la patiente est actuellement incapable d'élaborer un projet de vie ou de planifier l'avenir, a fortiori de s'astreindre à une activité professionnelle. Les experts ont certes noté un risque de dépendance aux benzodiazépines, dû à un usage abusif de ces substances; force est cependant de constater à cet égard que le diagnostic de dépendance aux BZD n'a pas été posé, étant rappelé que les examens de laboratoire effectués n'ont rien révélé à cet égard, puisque même le taux sanguin de l'anti-dépresseur (citalopram) n'a pu être détecté, ce qui dénote plutôt un sous-dosage, voire une compliance probablement mauvaise. Dans ces conditions, on ne voit pas comment le SMR a pu retenir un diagnostic de dépendance aux BZD, sans avoir procédé à aucun examen clinique, ni de laboratoire.

Les experts de la PMU ont conclu que l'affection psychique sévère, constituée principalement par le trouble dépressif récurrent, entraîne certainement actuellement une incapacité totale de travail, dans toute activité professionnelle, ce dès le début de l'année 2003. Cette incapacité de travail a persisté, à défaut d'une prise en charge pour le trouble dépressif, qui s'est chronifié. L'état psychique justifie, sur le plan thérapeutique, une prise en charge psychothérapeutique et pharmacologique adaptée, sur plusieurs années. Ils ont préconisé toutefois de revoir le traitement antidépresseur, qui n'est pas optimal.

Invité par le Tribunal de céans à expliquer pour quelle raison le diagnostic psychiatrique retenu est celui de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen, alors que l'état psychique est qualifié de grave, le Dr F_____, médecin responsable de la PMU, a indiqué que le diagnostic posé sous-entend et implique une fragilité psychique permanente, indépendamment de l'épisode actuel. L'épisode dépressif moyen a été retenu en considérant que l'expertisée ne nécessitait pas une hospitalisation à court terme et qu'elle ne présentait pas un risque vital immédiat, sa situation restant toutefois très préoccupante. Il a exposé que dans la CIM-10, la gradation entre moyen et sévère se base sur un décompte de symptômes présents dans une liste, entaché d'une certaine subjectivité et qui aurait pu les conduire à retenir un stade de plus grande sévérité. Il expose que plus qu'à la catégorie retenue, il convient de s'attacher à l'importance considérable des limitations que l'assurée expérimente au quotidien, telles que décrites dans la discussion du consilium psychiatrique. Il relève par ailleurs que le diagnostic d'épisode dépressif moyen défini dans la CIM-10 « s'accompagne habituellement de difficultés importantes à mener à bien les activités professionnelles, sociales ou

ménagères ». Or, la situation de la recourante a justifié amplement leurs conclusions.

En l'occurrence, le Tribunal considère que l'expertise de la PMU revêt pleine valeur probante, au sens de la jurisprudence. Elle a fait l'objet d'une étude minutieuse et fouillée, d'examens cliniques complets, les experts ont expliqué de façon convaincante pourquoi ils ont retenu une affection psychiatrique qui apparaît au premier plan, et en quoi le trouble dépressif n'est pas uniquement l'expression de manifestations d'accompagnement du syndrome douloureux. Enfin, ils ont clairement indiqué qu'actuellement l'état dépressif récurrent entraînait une incapacité totale de travail, la recourante étant incapable d'élaborer un projet ou de planifier l'avenir. Partant, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise.

10. Au vu de ce qui précède, dès lors que l'épisode dépressif responsable de l'incapacité de travail s'est manifesté dès le début de l'année 2003, la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er janvier 2004.

Il conviendra toutefois de tenir compte des conclusions de l'expertise et de réévaluer la situation après la mise en place et le suivi d'un traitement médico-psychologique adapté, mesures qui sont raisonnablement exigibles de la part de l'assurée.

Le recours, bien fondé, doit être admis.

La recourante, représentée par un avocat, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens que le Tribunal fixe à 1'000 fr.

***

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 28 septembre 2006.

3. Dit que la recourante a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1er janvier 2004, dans le sens des considérants.

4. Condamne l'OCAI à payer à la recourante la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.

5. L'émolument, fixé à 300 fr., est mis à la charge de l'OCAI.

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Sylvie CHAMOUX	Juliana BALDE

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