



POUVOIR JUDICIAIRE

A/705/2004

ATAS/511/2004

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

6^{ème} Chambre

du 28 juin 2004

En la cause

Madame M _____, comparant par Me Daniel MEYER en l'étude recourante
duquel elle élit domicile

contre

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

Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente, Mesdames Juliana BALDE et Karine STECK, Juges.

EN FAIT

1. Mme M _____, née le mai 1964 de nationalité portugaise est mariée et mère de deux enfants. Elle a travaillé à plein temps du 25 août 1997 au 31 juillet 1999 comme satineuse (polissage de bracelets en or) auprès de l'entreprise X _____.
2. Elle a consulté en mai et août 1996 la Dresse A _____ pour une épicondylite droite et en juin 1998 pour une tendinite de la coiffes des rotateurs de l'épaule droite ainsi qu'en janvier 1999 pour des cervicodorso-lombalgies communes.
3. Le 8 décembre 1999, les Dresses B _____, C _____ et D _____ du centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur de l'établissement hospitalier ont rendu un rapport médical à l'attention de la Dresse E _____, médecin généraliste, qui leur avait adressé sa patiente.

A la suite de l'épicondylite, la patiente avait ressenti des douleurs constantes augmentant progressivement en intensité et touchant actuellement tout le rachis, les trapèzes, la face antérieure des épaules, des bras, la région fessière, les genoux et les talons. Ces douleurs la réveillaient deux à trois fois par nuit.

La patiente présentait des douleurs nociceptives multiples évoquant une fibromyalgie. Le traitement consistait en une prise d'un antidépresseur. Elle était centrée sur les aspects physiques de sa maladie. La prise en compte progressive des aspects psychosociaux de l'incapacité devait constituer un aspect du suivi thérapeutique.

Le diagnostic était celui de douleurs ostéendineuses multiples, status post-tendinite de la coiffe des rotateurs droits (1998), status post-épicondylite bilatérale (1996).

4. Le 18 janvier 2000, le Dr. F _____, spécialiste FMH médecine interne, a écrit à la Dresse E _____ qu'il avait évalué la capacité de travail de l'assurée à la demande de l'Office cantonal de l'emploi. Celle-ci était atteinte de fibromyalgie sévère et il voyait mal comment elle pourrait travailler avec une telle affection.
5. Le 1^{er} février 2000, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en raison d'une fibromyalgie.
6. Le 29 mars 2000, la Dresse E _____ a rendu un rapport médical selon lequel sa patiente était atteinte dans sa santé depuis 1996 et en incapacité totale de travailler depuis le 14 septembre 1999. Le diagnostic était celui de fibromyalgie, état dépressif, status après épicondylite au coude droit, status post-tendinite de la coiffe du rotateur droit et migraine.

Elle avait développé une épicondylite alors qu'elle travaillait comme satineuse. Depuis, elle ressentait des douleurs constantes, augmentant progressivement en intensité. Les traitements antalgiques et de physiothérapie n'avaient pas eu de résultat. Les douleurs étaient actuellement généralisées et réveillaient la patiente deux à trois fois par nuit. Elle était très handicapée par la douleur et ne pouvait pas assumer complètement les tâches domestiques.

7. Le 15 octobre 2001, la Dresse E _____ a indiqué à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) que l'assurée présentait des lombalgies d'apparitions progressives depuis deux-trois ans. Un scanner lombaire du 14 septembre 2000 montrait une discopathie protrusive lombaire inférieure de L3 à L5 sans hernie discale constituée et une sacralisation L5. Le traitement avec anti-inflammatoire, anti-dépresseur et la physiothérapie restait sans effet, comme d'ailleurs pour la fibromyalgie et l'état dépressif. Le bilan sanguin avait permis d'exclure une maladie rhumatismale inflammatoire, infectieuse ou métabolique. L'association de tous les diagnostics et l'aggravation de son état de santé ne permettait pas d'imaginer une activité même légère et tout recyclage professionnel serait inutile et voué à l'échec. Elle ne voyait donc pas d'autre solution que de lui accorder l'AI.
8. Le 28 février 2003, à la demande de l'OCAI, le Dr. G _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie a rendu une expertise psychiatrique. Il relève dans le chapitre « Plaintes et données subjectives de l'assurée » que l'assurée se plaint de douleurs dans les bras, les épaules, le dos, les fesses et les jambes. Elle explique que ces douleurs l'empêchent de dormir et qu'elles la réveillent plusieurs fois dans la nuit. Elle dit se sentir très fatiguée et avoir beaucoup de difficulté à effectuer ses activités ménagères. D'après elle, sa maladie a créé des tensions dans le couple. Elle dit se sentir triste et pense que sa situation ne va pas s'améliorer.

Dans le chapitre « Status clinique », il relève ensuite que Mme M _____ vient à l'heure aux rendez-vous. Elle est soignée de sa personne, vêtue correctement. Elle collabore volontiers à l'expertise en répondant à toutes les questions de l'expert. Elle ne présente pas de problème de cognition ni de problème mnésique. Elle est bien orientée dans le temps et dans l'espace. Son discours est fluide et son vocabulaire est dans la norme. Elle participe à l'entretien avec beaucoup de coopération et de sincérité. La thymie est un peu triste. Elle a une diminution de la concentration et de l'attention. Elle a perdu la confiance en elle et ne s'estime plus. Elle a une attitude pessimiste par rapport à l'avenir. Elle est très fatigable. Elle a moins d'intérêt et de plaisir dans la vie. Durant les entretiens, elle n'a pas présenté d'hallucination auditive, visuelle ou sensorielle ni de délire ou de trouble psychosensoriel. L'assurée souffre de douleurs dans les membres supérieurs et inférieurs ainsi que dans le dos. Ces douleurs sont de fortes intensités. Elle a des difficultés de sommeil. Il y a conflit dans le couple suite à l'apparition de sa maladie.

Il précise que le diagnostic est celui d'état dépressif moyen réactionnel F 32.1.

Dans le chapitre « Appréciation du cas et pronostic », il atteste que les troubles psychiques qui sont provoqués principalement par des circonstances extérieures telles que le surmenage causé par l'exercice de plusieurs professions ou un milieu défavorable, mais qui disparaissent si les circonstances sont modifiées d'une manière raisonnablement exigible, n'engendrent en fait pas une invalidité. Dans le cas de la patiente, le trouble psychique correspond à une réaction psychologique à des circonstances adverses. En effet, ce sont des douleurs constantes ainsi que la dégradation de son couple qui ont comme conséquence un état dépressif moyen. Cette réaction est en grande mesure normale dans ce type de circonstance, par exemple l'humeur triste, le pessimisme et la morosité ainsi que les idées d'échec. On peut donc considérer que la patiente présente un trouble psychogène qu'exprime un vécu adverse. Il est difficile même de qualifier ce vécu de non assimilé puisque justement le fait de réagir aux circonstances décrites ci-dessus montrent que l'assurée réagit adéquatement à un environnement défavorable. L'évolution du trouble psychique de l'assurée dépendra de l'évolution de son trouble physique et de ses difficultés de couple. Il n'est pas du ressort de l'expert d'évaluer le trouble physique de l'assurée.

S'agissant de l'influence sur la capacité de travail, l'expert relève qu'il n'y a pas de limitation en relation directe avec le trouble psychique, celui-ci résultant de la problématique physique et qu'il n'est pas du ressort de l'expert d'évaluer les limitations en relation des troubles physiques. Les troubles psychiques n'ont pas d'influence sur l'activité exercée jusqu'ici. Il n'est pas du ressort de l'expert d'évaluer l'influence des troubles physiques sur l'activité exercée jusqu'ici. Les troubles psychiques en eux-mêmes ne sont pas une entrave à l'adaptation de l'assurée à son environnement professionnel.

Enfin, s'agissant de l'influence sur la réadaptation professionnelle, l'expert relève que d'un point de vue psychique, une réadaptation professionnelle n'est pas nécessaire. Dans la mesure où la problématique physique nécessite et permet une réadaptation professionnelle, celle-ci sera envisageable d'un point de vue psychique. D'un point de vue psychique, la question de l'amélioration de la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent n'a pas d'objet. Il n'est pas du ressort de l'expert d'évaluer les possibilités d'améliorer la capacité de travail en fonction des troubles physiques. D'un point de vue psychique, la question de l'exigibilité de l'assurée est sans objet.

9. Le 22 juillet 2003, à la demande de l'OCAI le Dr. H _____, spécialiste en maladies rhumatismales, a rendu une expertise médicale.

Les douleurs s'étaient étendues et généralisées à la suite de l'épicondylite et de la tendinite à l'épaule. Les traitements médicamenteux de physiothérapie, de

chiropratique et de mobilisation n'avaient pas permis une amélioration notable. Actuellement, la patiente se plaignait de douleurs multiples dans tout le corps, les troubles dégénératifs mineurs montrés par les radiographies n'expliquaient pas l'importance des symptômes décrits par l'assurée. Il fallait retenir un diagnostic de syndrome panalgique que l'on pouvait classer dans les troubles somatoformes persistants douloureux (CIM – 10 : F45). Le diagnostic de fibromyalgie ne pouvait être retenu car les points douloureux pertinents n'avaient aucune spécificité, les douleurs étant généralisées.

Sur le plan organique, il n'y avait pas d'élément pour évoquer un pronostic défavorable mais celui-ci était très défavorable sur un plan bio-psychosocial au vu de la longue durée de l'évolution, de l'inefficacité de tous les traitements entrepris et du très probable syndrome de déconditionnement musculaire généralisé.

Dans le cas de l'assurée comme dans celui des nombreux patients souffrant de trouble somatoforme, l'appréciation de la capacité de travail était très difficile, puisque l'on avait d'une part une gêne fonctionnelle subjective extrêmement élevée, maximale dans le cas de l'assurée, et d'autre part peu de limitation fonctionnelle objective. Comme déjà mentionné, l'assurée s'était montrée tout à fait collaborante et cohérente dans son discours. Il n'y avait pas d'argument pour un processus conscient d'exagération des symptômes et a fortiori de simulation. On peut postuler que l'une des causes des difficultés à effectuer même des activités simples de la vie quotidienne était le syndrome de déconditionnement musculaire généralisé. Dans ce sens, des activités répétitives ou nécessitant le maintien de position par exemple en élévation des membres supérieurs ou en flexion antérieure du tronc pourraient poser problème à l'assurée. En prenant compte le vraisemblable syndrome de déconditionnement, on pouvait accepter une diminution du rendement pour des raisons physiques de l'ordre de 30 %.

10. Le 13 août 2003, le rapport d'examen SMR Léman signé par le Dr. I _____ a conclu à une capacité de travail exigible de 100 % dans l'activité habituelle. Au vu des expertises des Drs G _____ et H _____, de qualité suffisante pour statuer, on était en présence d'une affection douloureuse essentiellement subjective qui n'avait pas valeur d'atteinte invalidante au sens de l'AI. Le déconditionnement musculaire suspecté n'avait pu être objectivé de façon certaine et découlait du syndrome douloureux provoqué par des facteurs dont l'AI n'avait pas à répondre.
11. Le 1^{er} septembre 2003, l'OCAI a rendu une décision de refus de rente en relevant que l'assurée souffrait d'une fibromyalgie et que l'expertise du Dr. G _____ ne mettait pas en évidence d'atteinte psychiatrique et concluait à une capacité de travail exigible à 100 %. Quant à l'expertise du Dr. H _____, elle faisait état d'un manque d'élément objectif pour justifier une incapacité de travail importante. On était en présence d'une affection douloureuse essentiellement subjective qui n'avait pas valeur d'atteinte invalidante au sens de l'AI.

12. Le 23 septembre 2003, l'assurée s'est opposée à cette décision en relevant que l'OCAI n'avait pas tenu compte de ses problèmes dorsaux importants. Enfin, il était surprenant que le Dr. G_____ n'ait pas mis en évidence une atteinte psychiatrique puisqu'elle souffrait depuis des années de dépression. Il errait en disant qu'elle ne subissait aucune diminution de sa capacité de travail.

Elle souffrait de troubles psychiques et somatoformes douloureux et d'un déconditionnement musculaire global entraînant une incapacité de travail de 50 % au moins.

13. Le 16 février 2004, les Drs. I_____ et J_____ ont précisé à l'OCAI que sur la base de deux expertises ordonnées par l'AI, les diagnostics d'état dépressif moyen, sans comorbidité, et de syndrome de déconditionnement musculaire global avaient été retenus. Ils relevaient que l'expertise rhumatologique écartait clairement le diagnostic de fibromyalgie. L'assurée se plaignait du dos, mais également de tout l'appareil locomoteur. Le Dr. H_____ avait soigneusement examiné l'assurée et les documents radiologiques, sans trouver de pathologie expliquant l'intensité des douleurs rapportées. L'expert psychiatre confirmait la présence d'un épisode dépressif moyen (dénomination exacte du terme correspondant au chiffre CIM f. 32.1). Dans sa conclusion il indiquait que l'atteinte psychique ne diminuait pas la capacité de travail. Le Dr. H_____ estimait qu'une diminution de rendement de 30 % attribuable au déconditionnement pouvait être retenue.

Par ailleurs, le Dr. H_____ soulignait la présence de signes de non-organicité et le comportement très démonstratif de l'assurée pendant l'examen, en contradiction avec les constatations objectives. Les réponses données sur les questionnaires d'évaluation des douleurs et de la capacité fonctionnelle confirmaient également qu'il s'agissait chez cette assurée d'une majoration des symptômes pour des raisons qui n'étaient pas médicales et qui sortaient dès lors du cadre de l'AI.

14. Le 4 mars 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition. L'expertise rhumatologique écartait clairement le diagnostic de fibromyalgie. Aucune pathologie n'expliquait l'intensité des douleurs. Selon l'expert psychiatre, l'atteinte psychique ne diminuait pas la capacité de travail. Le Dr. H_____ avait retenu une diminution de rendement de 30 % attribuable seulement au déconditionnement. Par ailleurs, ce médecin soulignait la présence de signes de non-organicité et d'un comportement très démonstratif de la part de l'assurée en contradiction totale avec les constatations objectives. Les réponses données sur les questionnaires d'évaluation des douleurs et de la capacité fonctionnelle confirmaient également qu'il s'agissait chez l'assurée d'une majoration des symptômes pour des raisons qui n'étaient pas médicales et qui sortaient dès lors du cadre de l'assurance.

15. Le 5 avril 2004, l'assurée a recouru au Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) à l'encontre de la décision sur opposition du 4 mars 2004.

L'expertise du Dr. H_____ était peu claire et incomplète car elle ne retenait pas le diagnostic de fibromyalgie constaté par les Drs. E_____, F_____, A_____, K_____ et les médecins de l'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER et ne tenait pas compte des multiples atteintes invalidantes. L'expert la décrivait tout d'abord comme collaborante et cohérente, ne simulant pas, puis affirmait qu'elle aurait adopté un comportement très démonstratif, ce qui était contradictoire. Or, le Dr. G_____ avait salué sa coopération.

Elle souffrait de fibromyalgie avec des lombalgies et un syndrome dépressif pour lequel elle était suivie par la Dresse L_____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie. Sa capacité de travail était nulle. L'expert G_____ s'égarait en osant prétendre qu'il n'y avait aucune limitation avec les troubles psychiques constatés. Elle était invalide à 50 % au moins.

16. Le 8 avril 2004, la recourante a transmis au TCAS trois certificats médicaux, soit :

- un courrier du 5 avril 2004 de la Dresse L_____ selon lequel celle-ci suivait la patiente depuis le 6 janvier 2004 chaque semaine. Outre le diagnostic de fibromyalgie posé par d'autres collègues, la patiente présentait un état dépressif majeur qui la rendait actuellement incapable de travailler.
- Un courrier du 5 avril 2004 de la Dresse E_____ selon lequel la patiente souffrait de « fibromyalgie, état dépressif, status après épicondylite du coude droit (1996), status post-tendinite de la coiffe du rotateur droit (1998), migraines ». L'état de santé de Mme M_____ était resté stationnaire, voire aggravé, c'était pourquoi, il était difficile d'imaginer une reprise de travail même légère.
- Une attestation du 8 avril 2004 de la Dresse A_____ selon laquelle la patiente était en incapacité de travail à 50 %.

17. Le 17 mai 2004, l'OCAI s'est opposé au recours.

Selon la jurisprudence, la fibromyalgie était assimilée au syndrome douloureux somatoforme. Ce syndrome était le diagnostic retenu par le Dr. H_____ dont l'expertise avait pleine valeur probante.

L'expert psychiatre devait se prononcer sur le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux en examinant plusieurs critères posés par la jurisprudence. Or, le Dr. G_____ avait affirmé que les troubles psychiques n'avaient pas d'influence sur l'activité exercée par la recourante jusqu'ici. Par ailleurs, il avait

cité des problèmes psychosociaux soit des facteurs dont l'AI ne devait pas tenir compte.

Les attestations médicales des Dresses E_____ et A_____ ne remplissaient pas les conditions pour avoir force probante. S'agissant du courrier de la Dresse L_____, il ne spécifiait pas l'évolution, le pronostic et la médication. Le fait de suivre une psychothérapie ne pouvait prouver une aggravation ni même l'existence d'une atteinte à la santé.

EN DROIT

1. a) 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 (art. 1 let. r LOJ).

Dans un arrêt du 30 mars 2004, cependant, le Tribunal administratif (ci-après TA) a constaté d'office la nullité de l'art. 1 let. r LOJ, considérant que le TCAS avait été créé en violation de l'art. 131 de la Constitution genevoise - Cst GE -.

b) Force est de constater que cette conclusion ne saurait lier le tribunal de céans, aux motifs suivants :

- elle ne figure pas dans le dispositif de l'arrêt. Or, seul le dispositif d'un jugement peut acquérir l'autorité de la chose jugée, et non ses motifs. L'autorité de la chose jugée ne s'étend à ceux-ci que dans la mesure où le dispositif y renvoie expressément et où ils se rapportent à la question litigieuse (ATF 96 I 295 ; Knapp, Précis de droit administratif, 4^{ème} édition, 1991, p. 248 ss ; Habscheid, droit judiciaire privé suisse, 1981 p. 313 et ss.).
- l'autorité de la chose jugée ne vaut quoi qu'il en soit que pour les moyens que le tribunal pouvait examiner (cf. Knapp, op. cit. p. 251). Or, il apparaît en l'espèce douteux que le TA devait, et même pouvait, à l'occasion d'un recours interjeté pour violation des droits politiques contre un arrêté du Conseil d'Etat fixant la date de l'élection des juges assesseurs au TCAS, contrôler la constitutionnalité de la loi instituant cette juridiction.
- une loi inconstitutionnelle ne saurait être déclarée nulle. Seul, l'acte pris en application de celle-ci est annulable (cf. Jean-François Aubert, Bundesstaatsrecht der Schweiz, vol. I, 1991, p. 178, note 430). Il convient au surplus de relever qu'un tribunal se doit en règle générale d'agir avec retenue, plus particulièrement lorsque les conséquences de l'annulation bouleverseraient tout un régime juridique (ATF 112 Ia 313). Tel est manifestement le cas ici, dès lors que le considérant topique de l'arrêt du TA revient à nier l'existence d'une juridiction qui fonctionne depuis le 1^{er} août 2003 déjà, et dont les juges titulaires, ainsi que les juges suppléants, ont été régulièrement élus.

c) Le TCAS examine d'office sa compétence ; vu l'arrêt du TA du 30 mars 2004 niant jusqu'à son existence, il a également à vérifier la conformité à l'art. 131 Cst GE de la loi l'instituant.

Le TCAS est une juridiction administrative spéciale, en ce sens qu'elle traite du domaine particulier des assurances sociales. Il y a lieu de rappeler que selon l'art. 57 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales -LPGA-, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, chaque canton institue un tribunal des assurances, qui statue en instance unique sur les recours dans le domaine des assurances sociales. Cette disposition légale fédérale oblige les cantons à regrouper tout le contentieux des assurances sociales sous le même toit, contentieux jusque là réparti à Genève entre diverses commissions cantonales de recours et le TA. C'est ainsi pour répondre à l'exigence posée par la loi fédérale que le législateur genevois a créé le TCAS.

Selon l'art. 131 al. 1 Cst GE, « La loi établit des tribunaux permanents pour juger toutes les causes civiles et pénales ; elle en règle le nombre, l'organisation, la juridiction et la compétence ». Lors de la création du TA en 1971, la disposition constitutionnelle a été complétée par un alinéa 2, libellé comme suit : «Un tribunal administratif est institué pour statuer sur les recours de droit administratif dans les cas où la loi le prévoit ».

La Constitution s'interprète selon les mêmes principes que les lois ordinaires. Les règles d'interprétation permettant au juge de dégager le sens d'une disposition sont connues : ce dernier peut recourir à une interprétation littérale, historique, téléologique ou systématique de la norme. Le juge devra partir prioritairement du texte clair de la loi. Le TA, dans son arrêt du 30 mars 2004, a considéré que le texte de l'art. 131 al. 2 Cst GE ne laissait pas de place pour d'autres tribunaux statuant sur les recours de droit administratif ; il a interprété « un tribunal » comme signifiant « un seul tribunal ». Or, l'art. 131 al. 2 Cst GE précise que ce tribunal administratif est institué « dans les cas où la loi le prévoit ». C'est dire que nécessairement le reste du contentieux administratif relève d'autres juridictions. Ainsi l'interprétation littérale permet à elle seule de conclure que le terme « un » doit être qualifié, grammaticalement, d'article indéterminé.

Une telle analyse est du reste confirmée par les interprétations historique et téléologique. Il résulte des travaux préparatoires (Mémorial du Grand Conseil – MGC - 1970, p. 554 ss.) que le législateur en 1970 entendait créer, aux côtés des juridictions civiles et pénales existantes prévues à l'art. 131 al. 1 Cst GE, un tribunal administratif indépendant du pouvoir exécutif. Ce tribunal était destiné à remplacer les autres autorités – Conseil d'Etat, commissions de recours, etc... qui avaient à connaître des recours contre les décisions des départements. Il n'était cependant pas question que ce remplacement soit général, raison pour laquelle ce tribunal s'était vu doté de compétences d'attribution. Il était évident que certaines

commissions spéciales devaient subsister, notamment en raison de leur composition particulière (composition paritaire, experts...). Selon le Mémorial du Grand Conseil, p. 557, « dans le système envisagé, le TA, le Conseil d'Etat et les commissions spécialisées dont le maintien aura été décidé, constitueront autant de juridictions administratives distinctes et indépendantes, entre lesquelles se répartiront les compétences ».

Dès le 1^{er} janvier 2000, le TA a été mis au bénéfice d'une clause générale de compétence. Il est ainsi devenu la juridiction administrative supérieure de droit commun (art. 56 A LOJ). A nouveau, le maintien des commissions de recours spéciales a été expressément réaffirmé (MGC 1997, p. 9430). La constitutionnalité de ces juridictions n'a de plus jamais été remise en cause, ni par le TF ni par le TFA. On ne voit pas dans ces conditions ce qui aurait empêché le législateur, quelques années plus tard, de confier la compétence en matière d'assurances sociales, jusque là dévolues à ces commissions de recours, à une juridiction administrative spéciale, le TCAS en l'occurrence.

Si l'on devait suivre l'interprétation du TA dans son arrêt du 30 mars 2004, non seulement le TCAS, mais également toutes les autres commissions de recours spéciales, y compris celles rattachées au TA lui-même seraient inconstitutionnels. Tel n'a manifestement pas été le but visé par le législateur.

Au vu de ce qui précède, la création du TCAS en application de la LPGA est conforme à la Constitution genevoise.

L'élection des juges assesseurs ayant par ailleurs été annulée par le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 27 janvier 2004, le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février 2004, une disposition transitoire permettant au TCAS de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux assesseurs.

2. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ et 60 LPGA).
3. Aux termes de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputé survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 pour cent au moins. La rente est d'un quart si l'assuré présente une invalidité de 40 pour cent, d'une demie pour une invalidité de 50 pour cent au moins et entière dès 66^{2/3} pour-cent au moins d'invalidité.

4. 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. 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 2000 p. 153 consid. 2 a et les références.

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc ; RSAS 1997 p. 75 ; RAMA 1996 n° U 256 pp. 217 ss. consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b). A cet égard, la doctrine a décrit en détail la tâche de l'expert médical, lorsque celui-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant de troubles somatoformes. Selon MOSIMANN, sur le plan psychiatrique, l'expert doit poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur le degré de gravité de l'affection. Il doit évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assuré d'une activité lucrative. Ce pronostic tiendra compte de divers critères, tels une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, une comorbidité psychiatrique, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale, un éventuel profit tiré de la maladie, le caractère chronique de celle-ci sans rémission durable, une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution, l'échec de traitements conformes aux règles de l'art. Le cumul des critères précités fonde un pronostic défavorable. Enfin, l'expert doit

s'exprimer sur le cadre psychosocial de la personne examinée. Au demeurant, la recommandation de refus d'une rente doit également reposer sur différents critères. Au nombre de ceux-ci figurent la divergence 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 (MOSIMANN, Somatoforme Störungen : Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, RSAS 1999, p. 1 ss et 105 ss ; VSI 2000 p. 155 consid. 2c).

5. Plus l'expert constate de facteurs limitatifs de la capacité de travail de l'assuré au plan psychique, plus il y a lieu de se montrer exigeant quant à la motivation qui doit figurer dans le rapport d'expertise sur l'existence et l'intensité des divers critères jurisprudentiels en matière de troubles somatoforme douloureux susceptibles de fonder un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle (ATFA non publié du 8 août 2002 en la cause I 787/01 consid. 3b in fine).

Le Tribunal fédéral des assurances a encore souligné qu'il est erroné de prétendre que seuls des troubles somatoformes douloureux liés à une comorbidité psychiatrique grave seraient susceptibles d'entraîner une invalidité au sens de la LAI. Une telle comorbidité constitue tout au plus l'un des critères, certes important, à prendre en considération dans le cadre d'une évaluation globale de la situation médicale (ATFA non publié du 6 mai 2002 en la cause I 275/01 et ATFA non publié du 8 août 2002 en la cause I 783/01).

Les troubles somatoformes douloureux entrent dans la catégorie des affections psychiques. Par ailleurs, le TFA a assimilé implicitement la fibromyalgie à de tels troubles dans plusieurs arrêts, même si cette question n'a jamais été véritablement discutée (ATF non publié I 776/02 du 14 novembre 2003 et I 229/01 du 9 octobre 2001).

6. Un rapport médical a une pleine valeur probante, lorsque les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, le rapport se fonde sur des examens complets, prend également en considération les plaintes exprimées, a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), la description du contexte médical est claire et les conclusions du médecin sont bien motivées (ATF 122 V 160 et les références). Le juge ne saurait s'écarter des expertises établies par des spécialistes reconnus et répondant aux critères susmentionnés, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 161, consid. 1c).

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). Selon la jurisprudence, 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 (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa).

7. En l'espèce, le Tribunal de céans constate que l'expertise du Dr. H _____ est claire et bien motivée et répond de ce fait aux exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante d'un rapport médical.

L'expert relève que sur le plan physique il s'agit très probablement d'un syndrome de déconditionnement musculaire global conduisant à un degré d'incapacité de travail de 30 % dans les activités de satineuse ainsi que dans une autre activité.

S'agissant du comportement de l'assurée, ce médecin a constaté qu'elle était tout à fait collaborante et cohérente durant l'entretien. Il n'y avait pas d'argument pour un processus conscient d'exagération des symptômes et à fortiori de simulation. Il y avait discordance entre l'importance des symptômes subjectifs et des limitations organiques constatées. On pouvait retenir un diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants.

A cet égard, l'expert n'a pas retenu à l'encontre de la recourante, comme cela a été mentionné par l'OCAI dans sa décision du 4 mars 2004, que celle-ci présentait un comportement très démonstratif en contradiction totale avec les constatations objectives et qu'il s'agissait chez cette patiente d'une majoration des symptômes pour des raisons non médicales.

En effet, la discordance entre les douleurs généralisées et les limitations organiques constatées fonde justement le diagnostic de trouble somatoforme douloureux lequel se caractérise, comme relevé dans l'expertise, par l'existence de douleurs intenses et persistantes s'accompagnant d'un sentiment de détresse non expliqué entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique.

L'expert a ainsi clairement retenu et expliqué le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Il s'agit en conséquence d'examiner si ledit syndrome entraîne une invalidité. A cet égard, le TCAS constate qu'il n'est pas pertinent de différencier, du point de vue juridique, le diagnostic de fibromyalgie de celui d'un trouble somatoforme douloureux dès lors que la jurisprudence les assimile à des affections psychiques.

8. L'OCAI a confié une expertise psychiatrique au Dr. G _____. Le Tribunal de céans constate cependant que cette expertise n'a pas de valeur probante.

En effet, l'expert après avoir relevé les plaintes de l'assurée, soit les multiples douleurs dans le corps l'empêchant de dormir et d'effectuer ses activités ménagères et constaté l'existence d'un épisode dépressif moyen, a conclu qu'il n'était pas de son ressort d'évaluer le trouble physique de l'assurée ainsi que les limitations en découlant et qu'il n'y avait pas de limitation en relation directe avec le trouble psychique, celui-ci résultant de la problématique physique. Les troubles psychiques n'avaient pas d'influence sur l'activité exercée jusqu'ici.

En affirmant que le trouble psychique résulte de la problématique physique, l'expert G _____ affirme exactement le contraire de ce que l'expert H _____ a retenu. Or, cette dernière expertise non seulement est tout à fait convaincante mais a une valeur probante supérieure s'agissant de l'évaluation de troubles physiques dès lors que le Dr. H _____ est, en tant que spécialiste en maladies rhumatismales, à même, contrairement au psychiatre, d'évaluer l'existence de tels troubles physiques.

Ainsi, l'expert psychiatre se devait d'évaluer l'impact des douleurs évoquées par l'assurée sur la capacité de travail de celle-ci au titre de trouble psychique, soit un trouble somatoforme douloureux.

9. Au vu de ce qui précède, l'OCAI ne pouvait se fonder sur l'expertise du Dr. G _____ pour refuser à la recourante tous droits à des prestations de l'AI.

Le recours sera admis et la décision sur opposition annulée, le dossier étant renvoyé à l'OCAI aux fins d'effectuer une nouvelle expertise psychiatrique de la recourante. Il incombera ensuite à l'OCAI d'établir si le trouble psychique dont la recourante souffre, associé au trouble physique relevé dans l'expertise du Dr. H _____, entraîne une invalidité.

10. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de fr. 2'000.- lui sera allouée.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :
(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 du 4 mars 2004.
4. Renvoie le dossier à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
5. Alloue à Mme M_____ une indemnité 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 :

Nancy BISIN

La présidente :

Valérie MONTANI

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