RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1425/2002 **ATAS/370/2003**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 17 décembre 2003

5ème Chambre

En la cause

Madame C_____
comparant par Maître Henri NANCHEN, recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, Rue de Lyon 97, 1211 GENEVE 13**,** intimé

Siégeant : Mme Maya CRAMER, Présidente, Madame Teresa SOARES et Monsieur Philippe CARRUZZO, juges assesseurs

---

EN FAIT

1. Madame C_____, née en juin 1947, a travaillé en tant qu'aide-soignante aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) depuis 1981.

2. Le 15 janvier 1998, alors qu'elle déplaçait un paravent de plomb sur son lieu de travail, celui-ci lui est tombé dessus, la projetant contre un lavabo et atterrissant sur son pied.

3. Après une tentative de reprise de travail infructueuse, l'assurée est en arrêt définitif de travail depuis le 10 août 1998. Les diagnostics d'état dépressif, de fibromyalgie et de syndromes douloureux somatoformes persistants, de cervico-brachialgie et de lumbagos chroniques ont été posés.

4. Le 15 septembre 1998, le Docteur F_____, chef de clinique à l'unité psychiatrique des HUG, a effectué une évaluation psychiatrique à la demande du Docteur G_____, médecin-traitant. Dans son rapport, ce médecin a relevé que l'assurée a subi un épisode dépressif majeur en 1983, traité avec psychotropes, dont elle a gardé un mauvais souvenir, ce qui semblait toujours conditionner son acceptation de médicaments outres que ceux pour sa thalasemie traitée. Elle a dès lors adopté une approche homéopathique et spirituelle basée sur la philosophie orientale hindouE. Selon la patiente, elle a toujours ressenti un affect dépressif de base lié à son histoire familiale. L'accident a aussi mis en évidence un sentiment de rancœur à l'égard de la hiérarchie de son emploi, dès lors qu'elle ne se sentait pas reconnue dans son travail et ne supportait plus les horaires pénibles et un planning de travail non adapté à ses atteintes physiques et psychiques, ce qui a conduit par moments à des conflits avec ses collègues. Le Docteur F_____ a constaté une symptomatologie dépressive qui ne remplissait pas les critères pour une dépression majeure, mais se situait néanmoins dans la limite d'un état dépressif. Il s'agissait d'une aggravation d'une dysthymie de base qui par moment pouvait atteindre la fourchette standardisée DSM-IV. Il n'était pas exclu, que par périodes, les symptômes dysthymiques soient d'une telle intensité qu'ils correspondaient au diagnostic d'état dépressif dans le sens des classifications internationales. Le Docteur F_____ a proposé une psychothérapie et, si nécessaire, un traitement antidépresseur en parallèle.

5. Le 11 juin 1999, l'assurée a déposé une demande de prestations à l'assurance-invalidité en vuE de l'octroi d'une rente.

6. Dans son rapport intermédiaire du 2 juillet 1999, le Docteur G_____ a confirmé l'incapacité de travail dès le 10 août 1998 pour névrose dépressive (dysthymie ICD 10), status post état dépressif majeur en 1983 et status post-accident en 1998 sans fractures. Il a en outre précisé que la patiente avait déjà présenté en 1983 un état dépressif sévère et a développé, à la suite de son accident probablement non-significatif, une dépression assez sévère, avec une incapacité de travail. Ce médecin a ajouté que les multiples efforts de la mettre dans un suivi psychothérapeutique avaient échoué, mais qu'un suivi régulier (médecine interne par le Docteur G_____) a pu stabiliser la situation, de sorte que la patiente arrivait à s'occuper de ses affaires personnelles (ménage, factures). Le Docteur G_____ n'a en outre pas exclu la récupération d'une capacité de travail réduite après une durée suffisante d'un suivi psychothérapeutique.

7. Dans son rapport médical du 21 février 2000, le Docteur H_____ a confirmé une incapacité de travail à 100% dès le 10 août 1998. Ce médecin a diagnostiqué des cervico-brachialgies, un lumbago chronique, un état dépressif et une fibromyalgie. Selon ses plaintes, l'assurée, elle souffrait en outre de douleurs et de raideurs des muscles et des articulations et d'une psychasthénie sévère. Le status était celui d'une polyarthromyalgie aggravée par un état dépressif ne lui permettant pas d'avoir une activité régulière.

8. Le Docteur H_____ a confirmé ce rapport par celui du 12 avril 2000.

9. Dans son rapport intermédiaire du 19 avril 2000, le Docteur G_____ a posé le diagnostic de fibromylagie et a indiqué comme traitement un suivi physiothérapeutique et rhumatologique régulier (Docteur I_____) et un suivi psychiatrique. Selon ce médecin, une réintégration professionnelle ne semblait pas être possible.

10. Le Docteur I_____ a diagnostiqué, dans sons rapport du 8 mai 2000, une fibromyalgie et un état dépressif, sans se prononcer sur la capacité de travail, dans la mesure il n'était pas en mesure de fournir des indications sûres, dès lors qu'il n'avait vu la patiente qu'à deux reprises. Elle se plaignait alors de douleurs ostéo-articulaires multiples, d'une grande fatigue et de problèmes intestinaux. L'examen clinique mettait en évidence 18 points sur 18 pour une fibromylagie. Par ailleurs, ce médecin a indiqué que l'assurée souffrait d'un état dépressif distinct moyen à mettre en rapport probablement avec un grand conflit au travail.

11. Le 3 juillet 2000, le Docteur J_____ du département de psychiatrie des HUG a confirmé une incapacité de travail à 100% dès le 10 août 1998 pour une durée indéterminée, mais probablement définitive, pour un travail essentiellement

physique. Il a indiqué que la patiente s'était plainte de souffrir de douleurs chroniques depuis environ 17 ans avec d'importantes fluctuations. Ces douleurs s'étaient exacerbées à la suite de son accident sur son lieu de travail en date du 15 janvier 1998. Ce médecin a posé le diagnostic de rachialgies chroniques persistantes. Dans le questionnaire complémentaire concernant les troubles psychiques, il a indiqué que l'assurée souffrait d'un trouble psychique sous forme d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45) qui durait de façon aiguë depuis le 15 janvier 1998, date de son accident. Les symptômes de cette affection consistait essentiellement dans des plaintes douloureuses avec des sentiments de détresse dans un contexte de conflit affectif important. Selon le Docteur J_____, l'assurée présentait un trouble de la personnalité et des particularités de nature comportementale, sociale, culturelle ou familiale influençaient légèrement l'affection actuelle. Il a enfin indiqué que la patiente souffrait de douleurs chroniques depuis de nombreuses années, même avant son accident, et qu'elle avait réalisé une importante adaptation sur le plan professionnel depuis son arrivée en Suisse, sans jamais avoir obtenu la reconnaissance qu'elle espérait sans forcément se l'avouer. Elle décrivait par ailleurs son enfance comme émaillée de maltraitances et de non-reconnaissances. Ces divers facteurs ont contribués à engendrer une certaine accumulation d'une rancœur provoquant des douleurs chroniques, selon un mécanisme fréquemment observé dans la genèse des douleurs chroniques chez les patients atteints de cette pathologie.

12. Les 3, 5 et 18 août 2000, l'assurée a été examinée au Centre d'Observation Médicale de l'Assurance-Invalidité (COMAI). Selon le rapport du 2 avril 2001 de ce Centre, elle se plaignait de douleurs diffuses au niveau cervical et entre les omoplates, de lombalgies, de douleurs aux membres supérieurs ainsi que pratiquement tout l'appareil locomoteur. L'intensité des douleurs a été évaluée, sur une échelle visuelle analogique de la douleur, à un chiffre 8 à 9 sur 10. Sa capacité de travail dans les activités ménagères devait être estimée à 100% même si la patiente signalait qu'elle effectuait ces activités de façon ralentie par rapport au passé et qu'elle devait les limiter de façon temporaire, suivant l'intensité de la douleur. La cessation de toute activité professionnelle, ainsi que la pratique de la relaxation et des exercices de yoga lui avaient permis d'apaiser les douleurs. Sans ces dernières pratiques, elle a affirmé que l'intensité des douleurs rejoignait le chiffre de 10 sur 10 et que celles-ci devenaient pratiquement quotidiennes. Elle souffrait par ailleurs de troubles du sommeil avec une difficulté d'endormissement mais présentait en même temps une hypersomnie. Les médecins du COMAI ont posé le diagnostic d'un syndrome somatoforme douloureux persistant sous forme de fibromyalgie (F45.4/M79.0X-001), ainsi que d'un épisode dépressif moyen

(F32.1). Sur le plan physique, les documents radiologiques ne montraient pas de lésions ostéo-articulaires significatives susceptibles d'expliquer l'intensité et l'extension des douleurs de la patiente. Celle-ci présentait des signes de non-organicité et 16 points de fibromylagie sur 18 positifs, avec des points-contrôle tantôt douloureux, tantôt indolores au cours du même examen clinique par le consultant en rhumatologie. Tous les critères du trouble somatoforme douloureux étaient remplis, à savoir douleurs dans plusieurs localisations anatomiques au centre du tableau clinique à l'origine d'une souffrance cliniquement significative et d'une altération du fonctionnement social, professionnel et dans d'autres domaines importants, avec des facteurs psychologiques qui jouent un rôle fondamental dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation et la persistance de la douleur, sans que les symptômes soient produits intentionnellement ou feints ou pourraient être expliqués par un trouble psychiatrique associé. D'un point de vue rhumatologique strict, la capacité de travail a été évaluée à 50% en tant qu'aide–soignante avec une limitation pour les travaux lourds, comme par exemple le transport ou le positionnement des malades au lit, le déplacement des malades, le port de charge supérieure à 15 kilos. Sur le plan psychosocial, les médecins ont relevé un état dépressif d'intensité actuellement moyenne. Son divorce en 1993, le décès de son père en 1996 et celui de sa mère en 1997, ainsi qu'un certain vécu de maltraitance psychologique au cours de l'enfance et de l'adolescence ont pu jouer un rôle dans le développement des troubles dépressifs. Les experts ont également indiqué que la patiente semblait chercher, de façon revendicatrice, une compensation de ses souffrances par l'assurance-invalidité. Les sentiments d'injustice, comme son harcèlement au niveau professionnel suite à son accident, semblaient être vifs. Cependant, l'intensité des troubles psychiatriques ne justifiait pas une incapacité de travail totale. Les médecins du COMAI ont finalement estimé, lors de leur discussion pluridisciplinaire, qu'il persistait une capacité de travail raisonnablement exigible de l'ordre de 50% dans le cadre de la profession habituelle d'aide-soignante, en tenant compte des limitations relevées. Selon leur avis, un taux supérieur n'était vraisemblablement pas exigible dans une autre activité en raison du syndrome douloureux et de la problématique psychologique.

13. Dans son appréciation du 25 avril 2001, le médecin de l'OCAI, le Docteur K_____, a estimé que les critères jurisprudentiels pour reconnaître une valeur d'invalidité au trouble douloureux somatoforme constaté n'étaient pas réalisés, tout en relevant qu'il s'agissait d'une assurée qui avait pour seul but d'être reconnue comme invalide par l'assurance. Ses plaintes n'étaient pas crédibles, en l'absence totale de limitations fonctionnelles objectives et dès lors qu'elles avaient été jugées discordantes par les experts.

14. A la suite du projet de décision de refus de toute rente de l'OCAI du 2 juillet 2001, le Docteur G_____ a communiqué à celui-ci qu'il ne pensait pas que la décision d'attribuer une capacité de travail à 100% à cette patiente était adaptée et qu'il fallait réévaluer le projet de décision dans le sens de l'expertise.

15. En date du 25 mars 2002, l'assurée a été entendue par la psychologue de l'OCAI. Lors de cet entretien, elle s'est montrée très plaintive et revendicatrice. Elle a également beaucoup pleuré, ce qui a fait penser la psychologue à la présence d'un trouble dysthymique. En conclusion, celle-ci n'a pas contesté le fait qu'en tenant compte des conditions fixées par la jurisprudence, Madame C_____ ne présentait pas une atteinte à la santé correspondant aux critères de prise en charge par l'assurance-invalidité, mais a admis que l'assurée souffrait à l'évidence. La psychologue a ainsi estimé que la dynamique dans laquelle se trouvait l'intéressée l'empêchait totalement d'être efficace sur le marché de l'emploi et de retrouver une capacité de gain. Elle a cependant reconnu que l'audition n'avait pas amené d'éléments nouveaux par rapport aux renseignements médicaux figurants dans le dossier.

16. Par sa décision du 4 avril 2002, l'OCAI a notifié une décision de refus de toute rente à l'assurée au motif que le trouble somatoforme douloureux diagnostiqué n'avait pas valeur d'invalidité au sens de la loi et selon les critères fixés par le Tribunal fédéral des assurances (TFA). En effet, les troubles somatoformes qui exprimaient un vécu non assimilé n'étaient pas obligatoirement synonymes d'une atteinte à la santé psychique ayant valeur d'invalidité, en l'absence totale de limitations fonctionnelles objectives.

17. Par acte reçu le 7 mai 2002, l'assurée a formé, par l'intermédiaire de son conseil, recours contre la décision précitée, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 10 août 1999. Elle s'est prévalue pour l'essentiel de l'ensemble des rapports médicaux produits, selon lesquels elle souffrait d'un état dépressif moyen et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant sous forme de fibromyalgie. A cet égard, elle a constaté qu'elle a été examinée par 11 médecins et psychologues, y compris le Docteur K_____ de l'OCAI, qui lui reconnaissaient tous une incapacité de travail de 50% au moins, à l'exception de ce dernier médecin, sans que celui-ci se soit fondé sur des motifs impérieux et dûment motivés.

18. Dans sa détermination du 1er juillet 2002, l'OCAI a rappelé les critères du TFA pour admettre une invalidité au sens de la loi en cas de troubles somatoformes douloureux. En se fondant sur le rapport du COMAI, il a fait valoir que ces

critères n'étaient pas remplis, dès lors que les médecins avaient pris en compte des facteurs dont l'assurance-invalidité n'avait pas à répondre. Cela étant, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

19. Le 12 août 2002, la recourante s'est déterminée sur le préavis de l'OCAI et a repris ses conclusions précédentes, en se référant pour l'essentiel au rapport d'expertise du COMAI qui, selon son appréciation, jouissait d'une valeur probante accrue.

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. Conformément à l'art. 3 al. 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la présente loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours AVS-AI-APG-PCF-PCC-RMCAS-Amat (ci-après : la Commission de recours) sont transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, lequel statue en instance unique sur les contestations en matière d'assurance-invalidité (cf. article 56V LOJ). La compétence du Tribunal de céans est ainsi établie pour juger le cas d'espèce.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et qui a entraîné des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (ci-après LAI) et de ses ordonnances n'est pas applicable en l'espèce, dès lors que le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467, consid. 1, 121 V 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA). Par conséquent, les dispositions légales pertinentes s'appliquent dans leur ancienne teneur et seront par la suite citées dans celle-ci.

3. Aux termes de l'art. 4 al. 1 aLAI, un assuré est considéré comme invalide lorsqu'il subit une diminution de sa capacité de gain présumée permanente ou de longue durée, en raison d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

   Selon la jurisprudence en la matière, les atteintes à la santé psychique susceptibles de provoquer une invalidité au sens de cette disposition comprennent, en plus des maladies mentales proprement dites, les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. Ne peuvent cependant être prises en considération les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, ce qu'il convient de déterminer aussi objectivement que possible. Ainsi, il y a lieu d'établir si et dans quelle mesure un assuré peut, en dépit de son infirmité mentale, exercer une activité sur un marché équilibré du travail, compte tenu de ses aptitudes. Il convient dès lors d'examiner si la mise à profit de la capacité de travail peut encore être raisonnablement exigée de l'assuré et/ou si elle serait insupportable pour la société, indépendamment du fait que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante (ATF 102 V 165 ; VSI 2001, p.224 consid. 2 b). Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne figurent pas au nombre des

atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 aLAI, (ATF 127 V 294). Il est nécessaire de mettre en évidence dans chaque cas un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail et de gain de manière importante.

S'agissant d'une dysthymie, soit une affection psychique correspondant au trouble F34.1 de la 10ème révision de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexe (CIM-10), le TFA a jugé qu'une telle atteinte ne présentait pas un degré de gravité suffisant pour justifier une incapacité de travail (ATFA non publié du 2 mai 2002, I 354/2001 au 2 mai 2002).

En ce qui concerne les troubles somatoformes douloureux, le TFA a défini la tâche de l'expert, lorsque celui-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant de tels troubles. Ce faisant, il a également posé des critères pour admettre une invalidité dans une telle hypothèse (VSI 2000 p.154 ss). L'expert doit poser, sur le plan psychiatrique, un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur le degré de gravité de l'affection, ainsi qu'évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assuré d'une activité lucrative. Dans son pronostic, il devra tenir compte d'une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, d'une comorbidité psychiatrique, des affections corporelles chroniques, d'une perte d'intégration sociale, d'un éventuel profit tiré de la maladie, du caractère chronique de celle-ci sans rémission durable, d'une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution et de l'échec de traitements conformes aux règles de l'art. Le pronostic pour une reprise du travail est défavorable, lorsque les critères précités sont cumulés. L'expert doit également s'exprimer sur le cadre psychosocial de la personne examinée. Les critères suivants peuvent fonder un refus de rente : 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, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de handicaps malgré un environnement psychosocial intact (VSI 2000 p.155).

4. Le juge des assurances sociales est tenu d'examiner de manière objective tous les moyens de preuves, indépendamment de leur provenance et de décider ensuite si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical présente une pleine valeur probante, si les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude détaillée, si les rapports se fondent sur des rapports complets et prennent également en considération les plaintes

exprimées, s'il a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), si la description du contexte médical est claire et les conclusions de l'expert bien motivées (VSI 2000 p. 154 et réf. y citées).

5. En l'occurrence, l'expertise du COMAI remplit assurément toutes les conditions pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Il y a également lieu de considérer que les experts de ce centre se sont prononcés sur tous les aspects déterminants des atteintes à la santé et de l'environnement psychosocial de la recourante, conformément à la jurisprudence du TFA précitée au sujet des troubles somatoformes douloureux.

Cette expertise a permis de constater un trouble du développement psychique sous forme d'une névrose. Elle a par ailleurs posé le diagnostic d'un état dépressif correspondant au trouble F32.1 de la CIM-10. Il s'agit d'un trouble dépressif majeur et non seulement d'une dysthymie. Une telle affection présente en principe un degré de gravité suffisant pour justifier une incapacité de travail. Sur la seule base de l'évaluation des affections psychiques, l'expertise COMAI arrive ainsi à la conclusion que la capacité de travail n'est que de 50%. Il convient également d'admettre que la recourante est atteinte d'affections corporelles chroniques sans rémission durable depuis plusieurs années avec des symptômes stables, dès lors qu'elle souffre de diverses douleurs au niveau cervical, entre les omoplates, de lombalgies et de douleurs aux membres supérieurs. A cet égard, il sied de rappeler que, selon le consultant en rhumatologie, le Docteur L_____, « D'un point de vue rhumatologique seul », la capacité de travail n'est que de 50% . Cela étant, il y lieu d'admettre que les experts ont mis en évidence un substrat médical pertinent. Enfin, tous les traitement conformes aux règles de l'art ont échoués.

La recourante ne remplit cependant pas tous les critères permettant un pronostic défavorable pour une reprise de travail. Ainsi, les experts admettent qu'il s'agit d'une assurée revendicative et qui a un environnement psychosocial intact. Par ailleurs, les douleurs alléguées sont diffuses. Néanmoins, on ne saurait considérer qu'elle n'a pas demandé de soins. Au contraire, elle consulte son médecin-traitant 2 à 3 fois par mois, ainsi qu'un physiothérapeute-naturopathe, et a recours à une médication phytothérapeutique importante. A cet égard, il ne saurait lui être reproché de ne pas prendre les antidépresseurs classiques, dès lors que le consultant en psychiatrie du COMAI estime que l'assurée ne répondrait pas à un tel traitement en raison de la fibromyalgie qui est associée (p. 15 du rapport COMAI). De l'avis de ce même consultant, une psychothérapie de soutien ne pourrait vraisemblablement pas améliorer la dépression. Ses plaintes n'ont pas laissé insensibles les experts, lesquels n'ont à aucun moment mis en doute le

caractère invalidant des atteintes à la santé constatées. A cet égard, il est à relever que, si la recourante est certes plaintive, elle n'est pas très démonstrative, selon les experts du COMAI (p. 12, dernier paragraphe du rapport). Il est vrai que, le jour de l'examen par le COMAI, les douleurs n'étaient pas très importantes, selon la patiente elle-même. Cependant, les médecins n'ont pas relevé une grande divergence entre ses plaintes ce jour-là et le comportement observé. Il est par ailleurs admis pour les affections rhumatologiques et ostéo-articulaires que l'intensité des douleurs peut varier d'un jour à l'autre. Le rapport du COMAI (p. 19, 1er paragraphe) fait également état de déclarations discordantes de l'assurée concernant les douleurs dont elle se plaint d'être atteinte depuis plusieurs années. Cette discordance semble concerner le début de l'apparition de ces douleurs. A ce sujet, elle a effectivement indiqué aux différents médecins respectivement qu'elle en souffrait depuis plusieurs années (cf. rapport du 2.7.99 du Docteur G_____), depuis son accident de travail en 1998 (cf. rapport du 8.5.00 du Docteur I_____), depuis 17 ans (cf. rapport du 2.4.01 du Docteur J_____) et depuis 1994, date à laquelle elle avait subi un accident de travail mineur qu'elle n'avait pas déclaré (cf. rapport du COMAI du 2.4.01, p. 7). Les douleurs s'étant intensifiées essentiellement depuis son dernier accident en 1998, même si elles étaient déjà présentes auparavant, il peut toutefois être compréhensible que la recourante fait tantôt état du moment où ses douleurs se sont exacerbées, tantôt de celui où elle a ressenti les premières douleurs, même si elles n'étaient pas encore invalidantes.

De ce qui précède, il résulte que les experts se sont prononcés en toute connaissance de cause en prenant en considération aussi bien les critères fondant un pronostic défavorable pour une reprise d'une activité lucrative que ceux qui permettent d'effectuer un pronostic favorable. Après avoir évalué toutes les affections et tous les aspects de la personnalité de la recourante, ainsi que son environnement psychosocial, ils sont arrivés à la conclusion qu'une reprise d'une telle activité par l'assurée n'était exigible qu'à 50%, avis qui est également partagé par tous les autres médecins consultés, lesquels estiment même que l'incapacité de travail est totale. Il convient également de rappeler que la comorbidité constatée, à savoir l'épisode dépressif moyen constitue une affection à la santé mentale d'une gravité suffisante pour justifier à elle seule une incapacité de travail.

6. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans est de l'avis qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de l'expertise approfondie du COMAI, dès lors que les juges de l'assurance sociale ne sauraient substituer leur appréciation à celles des spécialistes, ceci d'autant plus lorsque tous les avis médicaux vont dans le même

sens. Cela étant, il convient d'annuler la décision attaquée et d'octroyer une demi-rente à la recourante conformément aux conclusions des experts du COMAI et à la demande de la recourante.

7. Celle-ci obtenant gain de cause, la somme de 1'200 fr.. lui sera allouée à titre de participation à ses frais et dépens, ainsi qu'à ceux de son mandataire.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare recevable le recours interjeté par Madame C_____ contre la décision du 4 avril 2002 de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité.

Au fond :

2. Admet le recours ;

3. Annule la décision du 4 avril 2002 de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève ;

4. Octroie à la recourante une demi-rente d'invalidité dès le 1er août 1999 ;

5. Renvoie le dossier audit office pour le calcul de la rente d'invalidité ;

6. Alloue à la recourante la somme de 1'200.fr. à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de son mandataire ;

7. 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 qu'elle 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 :

Yaël BENZ

La Présidente :

Maya CRAMER

Le présent arrêt est notifié aux parties ainsi qu'à l'office fédéral des assurances sociales par le greffe