



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1425/2002

ATAS/708/2004

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

5^{ème} Chambre

du 8 septembre 2004

En la cause

Madame C _____, comparant par Maître Henri NANCHEN en recourante
l'étude duquel elle élit domicile

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de intimé
Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13

**Siégeant : Mme Maya CRAMER, Présidente, Mme Juliana BALDE et Mme Karine
STECK, juges.**

EN FAIT

1. Madame C_____, née le juin 1947, a travaillé en tant qu'aide-soignante de l'établissement hospitalier 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, de syndromes douloureux somatoformes persistants, de cervico-brachialgie et de lumbagos chroniques ont été posés.
4. Le 15 septembre 1998, le Docteur A_____, chef de clinique à l'unité psychiatrique de l'établissement hospitalier, a effectué une évaluation psychiatrique à la demande du Docteur B_____, 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 autres que ceux pour sa thalassémie 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 sa hiérarchie dans la mesure où 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 A_____ 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 A_____ 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 B_____ 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 B_____) avait pu stabiliser la situation, de sorte que la patiente arrivait à s'occuper de ses affaires personnelles (ménage, factures). Le Docteur B_____ 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 C_____ 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 les plaintes de 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 C_____ a confirmé ce rapport par celui du 12 avril 2000.
9. Dans son rapport intermédiaire du 19 avril 2000, le Docteur B_____ a posé le diagnostic de fibromyalgie et a indiqué comme traitement un suivi physiothérapeutique et rhumatologique régulier (Docteur D_____) et un suivi psychiatrique. Selon ce médecin, une réintégration professionnelle ne semblait pas être possible.
10. Le Docteur D_____ a diagnostiqué, dans son 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 fibromyalgie. 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 E_____ du département de psychiatrie de l'établissement hospitalier 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 consistaient essentiellement dans des plaintes douloureuses avec des sentiments de détresse dans un contexte de conflit affectif important. Selon le Docteur F_____, 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-reconnaisances. Ces divers facteurs ont contribué 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 de 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 fibromyalgie 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 jouaient un rôle fondamental dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation et la persistance de la douleur, sans que les symptômes furent produits intentionnellement ou feints ou pussent 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. Quant à la capacité de travail, l'intensité des troubles psychiatriques ne l'anéantissait pas totalement. Dans leur appréciation pluridisciplinaire, les médecins du COMAI ont finalement estimé 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 conseil de l'OCAI, le Docteur G_____, 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 B _____ 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 devant la Commission cantonale de recours AVS-AI (ci-après : commission de recours), en concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 10 août 1999. Elle s'est prévaluée 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 G _____ 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 1^{er} 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.
20. Par arrêt du 17 décembre 2003, le Tribunal cantonal des assurances sociales, auquel les causes pendantes devant la commission de recours ont été transmises à la suite de sa création et de son entrée en fonction en date du 1^{er} août 2003, a admis le recours, annulé la décision de l'OCAI du 4 avril 2002 et octroyé à la recourante une demi-rente dès le 1^{er} août 1999.
21. Sur recours de l'OCAI, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a annulé cet arrêt pour composition irrégulière du tribunal, dès lors que deux juges assesseurs dont l'élection avait été annulée par le TFA le 27 janvier 2004, avaient participé à la procédure et à la décision. La cause a été par conséquent renvoyée au Tribunal de céans pour qu'il statue à nouveau au sens des considérants.

EN DROIT

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

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

Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1^{er} juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (arrêt 1P. 183/2004).

Egalement saisi de la question de l'inconstitutionnalité du Tribunal cantonal des assurances sociales, il a déclaré que la création de ce tribunal ne pouvait être remise en cause, vu la force dérogatoire du droit fédéral, soit en l'occurrence l'art. 57 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA).

2. Conformément à l'art. 3 al. 3 des dispositions transitoires de la loi du 14 novembre 2002 modifiant la LOJ, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi précitée et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales. La compétence du Tribunal de céans est dès lors établie pour connaître du présent litige.
3. La LPGA qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et 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.
4. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, il convient de déclarer recevable le présent recours (art. 69 LAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et

survivants du 20 décembre 1946, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 - LAVS).

5. Aux termes de l'art. 4 al. 1 LAI, 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.
6. S'agissant de la question des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a défini, en se fondant principalement sur une étude de MOSIMANN (somatoforme Störungen : Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in RSAS 1999, p. 1 ss et 105 ss), la tâche du médecin ou de l'expert, lorsque celui-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant de tels troubles. Selon cette jurisprudence, l'expert doit, sur le plan psychiatrique, 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 (VSI 2000 p. 152).

Les facteurs psychosociaux ou 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 LAI. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie (ATF 127 V 294 299 consid. 5a in fine ; ATFA non publié du 18 octobre 2002 I/141/02).

Récemment, le TFA a apporté des précisions supplémentaires quant aux conditions, dans lesquelles un caractère invalidant peut être reconnu aux troubles somatoformes douloureux (ATFA du 12 mars 2004, I 683/03, destiné à la publication, consid. 2.2 ss, confirmé par ATFA non publiés du 8 juin 2004, I 282/03 et I 283/03). Après avoir répété que la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie attestée médicalement, tels que ces derniers troubles, ne constituait pas une base suffisante pour admettre une limitation de la capacité de travail, notre Haute Cour a souligné que de tels troubles n'entraînaient qu'exceptionnellement une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de la loi, sauf s'ils se manifestaient avec une telle sévérité qu'objectivement la mise en valeur de la capacité de travail ne pouvait plus raisonnablement être exigée de l'assuré ou serait insupportable pour la société. Selon le TFA, le caractère non exigible d'un effort de volonté pour surmonter la douleur et la réintégration dans un processus de travail suppose soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul des critères suivants présentant une certaine intensité et constance :

- des affections corporelles chroniques concomitantes (en allemand « Begleiterkrankungen ») et un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable,
- une perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie,
- un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie),
- l'échec de traitements ambulatoires et/ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (ATFA précité du 12 mars 2004, consid. 2.2.3).

Il incombe à l'expert psychiatre d'indiquer à l'administration ou au tribunal, si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs, en fonction également des critères susmentionnés, et d'établir de manière objective si, en tenant compte de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré ses douleurs (ATFA précité consid. 2.2.4).

Quant à comorbidité psychiatrique, celle-ci n'est admise pour des états dépressifs que si ceux-ci peuvent être qualifiés comme une atteinte psychique indépendante des troubles somatoformes douloureux, mais non pas s'ils se révèlent être, sur la base de l'appréciation du dossier médical, des manifestations (réactives) d'accompagnement de ces troubles (ATFA précité consid. 3.3.1).

En ce qui concerne les affections somatiques concomitantes qui en soi n'ont pas d'influence sur la capacité fonctionnelle de travail, elles ne peuvent être prises en considération dans l'appréciation du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux que si elles constituent des indices en faveur d'une charge psychique supplémentaire prononcée avec une influence négative sur l'effort de volonté exigible pour surmonter la douleur (ATFA précité consid. 3.3.2).

S'agissant du critère de l'état psychique cristallisé engendrant une « fuite dans la maladie » et permettant ainsi de tirer un profit primaire de celle-ci en libérant un processus de résolution du conflit psychique, le TFA a précisé qu'un profit secondaire tiré de la maladie, en raison d'une attention et d'un soutien accrus des proches, ainsi que d'une décharge d'obligations quotidiennes, n'était juridiquement pas pertinent (ATFA précité consid. 3.3.2).

7. 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).
8. En l'occurrence, l'expertise du COMAI remplit assurément toutes les conditions pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Les experts se sont prononcés en toute connaissance de cause en prenant en considération aussi bien les critères jurisprudentiels 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%.

Selon les conclusions des experts, seuls les troubles somatoformes douloureux persistants et l'état dépressif, correspondant au trouble F32.1 de la CIM-10, ont une influence sur la capacité de travail. Cette expertise a également permis de constater un trouble du développement psychique sous forme d'une névrose. Il semble en outre que la recourante a toujours eu une certaine tendance à une dysthymie. Les événements suivants ont pu jouer un rôle à l'égard des troubles dépressifs : le divorce de la recourante, en 1993, le décès de son père en 1996 et celui de sa mère en 1997, ainsi qu'un vécu de maltraitance psychologique au cours de l'enfance et de l'adolescence. Il est à rappeler aussi que le Docteur B _____ a mentionné un état dépressif sévère en 1983 déjà. Il appert ainsi que cet état n'est pas réactionnel aux troubles somatoformes douloureux, mais s'est développé précédemment. Il constitue dès lors une comorbidité indépendante. Toutefois, la symptomatologie dépressive ne semble pas toujours se présenter avec une telle intensité que le diagnostic d'état dépressif dans le sens des classifications internationales puisse être posé, comme cela résulte du rapport du Dr A _____. Par conséquent, selon la jurisprudence en la matière, il ne peut être admis qu'elle est propre à elle seule d'anéantir tout effort de volonté pour surmonter la douleur et la réintégration dans un processus de travail.

Quant aux autres critères, la recourante en remplit deux sur quatre. Elle ne souffre en effet pas d'atteintes somatiques concomitantes chroniques ni d'un retrait social. Par contre, il y a lieu d'admettre qu'elle présente indubitablement un état psychique cristallisé marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique au sens de la jurisprudence. Il semble également qu'il n'y a pas d'évolution possible sur le plan thérapeutique, dès lors que les experts du COMAI ont indiqué que le vécu douloureux chronique ne pouvait vraisemblablement pas être influencé de façon particulièrement favorable par un traitement antidépresseur, de sorte qu'il était loin d'être sûr qu'une amélioration de la capacité de travail pourrait être obtenue de cette façon (p. 22 du rapport COMAI). Par ailleurs, il convient de constater que tous les traitements conformes aux règles de l'art ont échoué pour soigner les douleurs dont est affectée la recourante.

Quant aux critères de l'étude MOSIMANN permettant de motiver un refus de rente, les experts admettent qu'il s'agit d'une assurée revendicative. Les douleurs sont par ailleurs diffuses. Les experts ne font cependant pas état d'une divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, si ce n'est que ces douleurs, le jour de l'examen du COMAI, n'étaient pas très handicapantes, dans la mesure où la démarche de la recourante était tout à fait normale et qu'elle pouvait se déshabiller et s'habiller sans difficultés. Toutefois, ce jour-là, les douleurs

n'étaient pas très importantes, selon la patiente elle-même. Cela montre parallèlement que la recourante n'est pas très démonstrative, ce qui est dit expressément dans le rapport du COMAI (p. 12, dernier paragraphe), même si son comportement est qualifié de théâtral. Ses plaintes n'ont cependant laissé insensible aucun des médecins consultés, puisqu'ils sont tous, hormis le médecin conseil de l'OCAI, admis une incapacité de travail, du moins partielle, en raison du trouble somatoforme douloureux. Le critère de l'absence de soins n'est pas non plus rempli, dans la mesure où la recourante consulte son médecin-traitant deux à trois 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. Enfin, le rapport du COMAI (p. 19, 1^{er} paragraphe) fait état de déclarations discordantes de l'assurée concernant les douleurs dont elle se plaint 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 B _____), depuis son accident de travail en 1998 (cf. rapport du 8.5.00 du Docteur D _____), depuis 17 ans (cf. rapport du 2.4.01 du Docteur F _____) 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.

Il résulte de ce qui précède que tous les critères jurisprudentiels pour admettre un caractère invalidant des troubles somatoformes ne sont pas remplis. Ce n'est cependant pas non plus exigé par la jurisprudence. Après l'appréciation de l'ensemble du dossier médical et compte tenu notamment du fait que les médecins ont en l'occurrence estimé, en prenant en considération tous les aspects médicaux et socioculturels, que la reprise du travail n'était exigible qu'à 50%, dans toute activité le Tribunal de céans est d'avis qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de l'expertise approfondie du COMAI et d'admettre que la recourante n'a qu'une capacité de travail de ce pourcentage. Il est à rappeler à cet égard que le juge de

l'assurance sociale ne saurait substituer son appréciation à celle des spécialistes, ceci d'autant moins lorsque tous les avis médicaux vont dans le même sens.

Cela étant, il convient d'octroyer une demi-rente à la recourante. Celle-ci étant en incapacité de travail dès le 10 août 1998, la rente prendra effet le 1^{er} août 1999.

Au vu de ce qui précède le recours sera admis et la décision attaquée annulée. Celle-ci obtenant gain de cause, une indemnité de 1'200 fr. lui sera allouée à titre de dépens.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :
(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)**

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 dont est recours ;
4. Octroie à la recourante une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} 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