



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1435/02

ATAS/652/2004

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

5^{ème} chambre

du 25 août 2004

En la cause

Madame J _____, comparant par FORUM SANTE en les
bureaux duquel elle fait élection de domicile.

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Mme Maya CRAMER, Présidente, Mme Juliana BALDE et Mme Isabelle DUBOIS, juges.

EN FAIT

1. Madame J _____, ressortissante albanaise née en 1960, est arrivée en Suisse en 1989 dans le cadre d'un regroupement familial. Son époux travaillait en Suisse depuis 1981 en tant que manœuvre.
2. Dès le 3 décembre 1990, l'intéressée a été engagée à temps complet par X _____ SA en tant qu'ouvrière d'exploitation.
3. En 1991, peu après avoir commencé son nouveau travail, l'assurée rapporte avoir subi un accident de voiture avec son époux. Victime de deux courtes pertes de connaissance dans la voiture accidentée, elle a pu reprendre son travail après 24 heures d'observation à l'établissement hospitalier et trois semaines de repos.
4. Le 13 septembre 1994, l'assurée a glissé sur le sol à son travail et s'est blessé le poignet droit en tombant. Le Dr A _____, médecin-traitant sans spécialité, a diagnostiqué une contusion et mis sa patiente en incapacité totale de travail dès le 20 septembre 1994 jusqu'au 31 octobre 1994, date à laquelle était prévue une reprise à 50 %, puis à 100 % dès le 21 novembre 1994.
5. L'assurée a cessé totalement de travailler dès le 12 décembre 1995.
6. Le 1^{er} avril 1996, elle a été examinée par le médecin d'arrondissement de la Caisse nationale suisse d'accident (CNA), le Dr B _____, spécialiste en chirurgie. Celui-ci a fait état de l'apparition d'un syndrome du tunnel carpien droit et d'une extension des troubles progressivement à tout le membre supérieur droit et à la colonne cervico-dorsale, avec un manque de force de préhension, un défaut de mobilité dans l'épaule, des cervico-brachialgies droites mal systématisées accompagnées de signes d'exagération et d'extension. Il a proposé que la patiente fût examinée à la Clinique de réadaptation de L'établissement hospitalier pour clarifier la situation et lui permettre de réintégrer sa profession le plus vite possible.
7. L'assurée a séjourné du 10 juin 1996 au 12 juillet 1996 à la Clinique de L'établissement hospitalier. Dans leur rapport de sortie du 15 juillet 1996, les Dr C _____ et D _____ ont considéré le résultat thérapeutique comme non satisfaisant. Le syndrome cervico-brachial avec limitation au poignet n'avait pu être traité que de façon disG _____ nue, en raison de la problématique douloureuse marquée et d'épisodes d'hyperventilation suivis de vertiges d'origine psychovégétative. Les douleurs avaient augmenté sous traitement et s'étaient également étendues à d'autres parties du corps (colonne lombaire, jambes). Aucune lésion somatique liée à l'accident n'a toutefois pu être diagnostiquée. La diminution de la capacité de charge dont faisait preuve la patiente était purement liée aux

douleurs et témoignait d'une nette extension des symptômes. L'incapacité de travail subsistant n'était plus liée.

8. L'assurée a de nouveau été examinée par le médecin d'arrondissement de la CNA le 14 octobre 1996. L'effet délétère de l'accident était éteint et il y avait un retour au statu quo ante. Les examens complémentaires pratiqués n'avaient pas démontré de signe de PSH ni de trouble statique de la colonne vertébrale.
9. A la demande du Dr E_____, rhumatologue, l'assurée a été examinée par le Dr F_____, spécialiste en neurologie, dès lors qu'elle se plaignait également d'une hypoesthésie hémicorporelle droite incluant la face. Selon son rapport du 19 février 1997, l'analyse de différentes modalités sensitives indiquait que ce trouble était loin d'être global, puisque les tests très fins ne révélaient aucune asymétrie du côté droit. Il semblait donc difficile dans ces conditions d'accorder aux troubles décrits la signification d'une atteinte organique du système nerveux. La question se posait de savoir s'il existait chez cette patiente un état anxio-dépressif.
10. Le 5 mars 1997, l'assurée a été examinée par le Dr G_____, médecin conseil de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE), lequel a retenu qu'une reprise du travail semblait impossible. L'affection était chronique et définitive, de sorte qu'il convenait de déposer une demande de prestations de l'assurance-invalidité.
11. En date du 2 mai 1997, l'assurée a déposé une telle demande auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) visant à l'obtention d'une orientation professionnelle ainsi qu'un reclassement en raison de douleurs du rachis cervical et du membre supérieur droit.
12. Dans son rapport médical du 16 juin 1997 à l'attention de l'OCAI, le Dr E_____ a indiqué que l'incapacité de travail de l'assurée était totale dès le 17 février 1997 à cause de cervico-dorsalgies, PSH droite, canal carpien droit et d'un état dépressif. Compte tenu de l'évolution de l'état de la patiente, de la durée et de l'échec des efforts entrepris, le pronostic quant à une reprise de l'activité semblait sombre.
13. Le 31 mai 1999, le Dr E_____ a rendu un rapport intermédiaire à l'OCAI, dans lequel il a indiqué que l'évolution vers l'invalidité paraissait inexorable. Une stimulation qui comprendrait des espoirs d'un meilleur avenir financier pourrait peut-être permettre de sortir d'une situation figée.
14. En date du 21 septembre 2001, le Centre d'observation médical de l'assurance-invalidité (ci-après : COMAI), qui avait été mandaté par l'OCAI pour une expertise pluridisciplinaire de l'assurée, a rendu son rapport d'expertise. Le COMAI a posé le diagnostic suivant ayant une influence sur la capacité de travail : trouble somatoforme douloureux persistant sous forme de rachialgies chroniques et de cervico-brachialgies droites chroniques, épisode dépressif de degré moyen.

Du point de vue rhumatologique, la présence de cervico-brachialgies prédominantes à droite était relevée, sans déficit radiculaire irritatif ou déficitaire, ainsi que des rachialgies diffuses avec irradiations pseudoradiculaires dans un contexte de troubles statiques et dégénératifs. Les douleurs rapportées par la patiente n'étaient pas entièrement explicables par l'examen rhumatologique, et il existait une composante non organique qui correspondait à un trouble somatoforme douloureux. Du point de vue purement rhumatologique, la capacité de travail était de 50 %.

La consultante en psychiatrie a relevé que l'expertisée présentait un état dépressif récurrent, dont l'épisode au moment de l'expertise était évalué de degré moyen à sévère. Ce tableau se caractérisait par des troubles du sommeil, une mauvaise image de soi, des sentiments d'inutilité et de culpabilité, une anhédonie, une apathie et une idéation suicidaire par moments. Cet état était apparu entre 1991 et 1992, lorsque la patiente avait dû assumer seule la gestion de la famille en raison de l'invalidité de son mari et où son frère était tragiquement décédé dans un accident. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail justifiait une incapacité de travail de plus de 70%.

Au terme de leur séance de décision multidisciplinaire, les experts du COMAI ont exprimé un avis légèrement différent de celui du psychiatre consultant en ce sens que l'état dépressif ne pouvait être qualifié de moyen à sévère, mais plutôt de moyen. L'état dépressif était apparu après l'arrêt de travail de décembre 1995 et non pas en relation avec le décès du frère de l'expertisée en 1992. Les experts s'éloignaient donc volontairement de l'avis du psychiatre consulté quant à la date d'apparition de l'état dépressif ainsi que de sa sévérité.

En conclusion, du point de vue global, en tenant compte des avis rhumatologique et psychiatrique (quelque peu pondéré), la diminution de la capacité de travail était estimée à 50 %.

15. Le 11 février 2002, le Dr H_____ du Service médical régional Léman de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR Léman) a conclu qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail durable au sens de l'assurance-invalidité. L'épisode dépressif paraissait être essentiellement de nature réactionnelle et semblait ne pas avoir de répercussion profonde sur la vie sociale de l'assurée. Par ailleurs, le fait que le degré de limitation de la capacité de travail pour raison psychiatrique fasse l'objet de divergences exprimées dans le texte et que ce soient les somaticiens qui pondèrent l'avis psychiatrique du COMAI discréditait le rapport d'expertise et rendait ses conclusions discutables.
16. Le 5 mars 2002, l'OCAI a notifié à l'assurée un projet de décision par lequel il rejetait sa demande de prestations pour le motif que l'atteinte à la santé qu'elle présentait n'avait pas valeur d'invalidité au sens des critères émis par le Tribunal

fédéral. L'assurée ne présentait pas de véritables empêchements dans ses activités et pourrait recommencer à travailler comme ouvrière d'exploitation.

17. L'assurée a fait opposition à ce projet par courrier du 14 mars 2002 du Dr E_____ qu'elle a cosigné. Il n'était pas compréhensible que l'OCAI refuse les prestations en allant à l'encontre de ses propres experts, du Dr G_____ de l'OCE et de lui-même. Etant donné les circonstances objectives dans lesquelles se retrouvait l'assurée, un reclassement professionnel au moins devrait lui être proposé.
18. Par décision du 26 mars 2002, l'OCAI a confirmé son projet de décision et rejeté la demande de prestations. Il n'était pas possible d'admettre que l'atteinte à la santé présentée par l'assuré eût valeur d'invalidité.
19. Par acte du 11 avril 2002, l'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès de la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité (ci-après : commission de recours), concluant à l'annulation de cette décision, l'octroi d'une rente d'invalidité entière et, subsidiairement, à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle.
20. Le 14 mai 2002, l'assurée a complété son recours. Devant les positions contradictoires existantes entre les experts du COMAI eux-mêmes et entre ces derniers et le SMR Léman, la recourante était d'avis qu'il y avait lieu de suivre l'avis des spécialistes. Ainsi, sur la base du rapport de l'experte psychiatre SAILLEN STOLL, une invalidité de 75 % au moins devait lui être reconnue.
21. Par préavis du 15 juillet 2002, l'OCAI a conclu au rejet du recours. A la lecture du rapport du COMAI et d'un point de vue somatique, il n'existait aucune atteinte ayant une répercussion sur la capacité de travail. Du point de vue psychique, il y avait lieu de constater que le trouble somatoforme douloureux dont souffrait l'assurée n'était pas associé à une comorbidité psychiatrique grave et n'entraînait donc pas d'incapacité de travail au sens de l'assurance-invalidité. Enfin, l'épisode dépressif étant réactionnel, il en résultait que l'atteinte à la santé n'avait pas un caractère invalidant au sens de la loi.
22. Dans sa réplique du 22 août 2002, la recourante a persisté dans les conclusions de son recours. L'état dépressif dont elle souffrait n'était pas réactionnel, ainsi que l'avaient explicité les experts du COMAI. Selon les critères de la jurisprudence, la gravité de son atteinte psychiatrique devait être qualifiée de sévère et sa capacité de travail était indéniablement réduite, cela étant valable même si l'on ne prenait en compte que le point de vue rhumatologique.
23. Par ordonnance du 17 décembre 2003, le Tribunal cantonal des assurances sociales, à qui l'affaire avait été transmise dès le 1^{er} août 2003, a décidé de confier une expertise psychiatrique au Dr I_____, spécialiste en psychiatrie et

psychothérapie, après avoir communiqué aux parties les questions posées à l'expert et leur avoir imparti un délai pour les compléter, droit dont elles n'ont pas fait usage.

24. Le Dr I _____ a rendu son rapport d'expertise le 3 mai 2004. Sur le plan psychiatrique, l'expert a posé un diagnostic de trouble de l'humeur persistant (dysthymie) et de syndrome douloureux somatoforme persistant. Il existait également des traits de caractère histrionique, sans qu'il y eût toutefois des perturbations suffisantes pour poser un diagnostic de trouble spécifique de la personnalité. La gravité du trouble somatoforme douloureux était qualifiée de relativement sévère, tant par l'intensité et la persistance des douleurs que par l'augmentation lentement progressive des localisations. La recourante souffrait d'une dépression chronique et durable de l'humeur au sens médical, mais il n'existait pas de trouble spécifique prémorbide. Une partie des possibilités d'intégration sociale avait été perdue. Cela avait pour conséquence une diminution à 50 % de la capacité de travail dans l'activité exercée avant l'atteinte à la santé. La réponse était identique si l'on ne tenait compte que des seules atteintes à la santé psychique. L'assurée ne pouvait empêcher la diminution de sa capacité de gain en faisant preuve de bonne volonté, puisque le trouble somatoforme douloureux et la dysthymie étaient des atteintes à la santé psychique sans participation de la volonté. Une reprise du travail à 50 % et le maintien de ce taux pourraient être considérés comme un succès.
25. Suite à cette expertise, la recourante a modifié ses conclusions dans sa détermination du 27 mai 2004 et demandé à ce qu'une invalidité de 50 % lui soit reconnue et non plus de 100 % comme énoncé initialement.
26. Par courrier du 28 mai 2004, l'OCAI a informé le Tribunal de céans que l'expertise du Dr I _____ n'était pas en mesure de remettre en cause son appréciation de ce cas. L'expertise avait été soumise au SMR Léman, qui avait relevé que le Dr I _____ n'avait pris en considération aucun des critères de la jurisprudence, de sorte qu'il y avait lieu de les extrapoler de son rapport. L'atteinte psychiatrique était légère et ne remplissait pas les critères pour faire du trouble somatoforme persistant une pathologie invalidante.

EN DROIT

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

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

Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 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 sur la partie générale des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003.

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 a entraîné de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel 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. 1er LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après LAI) et du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (ci-après RAI) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.
4. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable à la forme, en vertu des 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 (ci-après LAVS).
5. L'objet du recours est de déterminer le taux d'invalidité de l'assurée et par conséquent son droit à une rente d'invalidité.
6. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un

accident. L'alinéa 2 précise que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Le droit à la rente est déterminé par l'art. 28 al. 1 LAI qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 pour cent au moins. La rente est entière pour une invalidité de 66 2/3 % au moins, elle est d'une demie pour une invalidité de 50 % au moins et d'un quart pour une invalidité de 40 % au moins, en vertu du deuxième alinéa.

Selon l'alinéa 2 du même article, pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide.

7. Le risque couvert par l'assurance-invalidité et donnant droit à des prestations est basé sur des faits médicaux. Pour juger des questions juridiques qui se posent, les organismes d'assurance et les juges des assurances sociales doivent se baser sur des documents qui sont établis essentiellement par des médecins (ATF 122 V 158).

Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 ; 115 V 134 consid. 2 ; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 15).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 ; VSI 2000, p.154). En outre, lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353).

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

8. S'agissant de la question des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral des assurances 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 les troubles somatoformes douloureux, 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 la 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).

9. La recourante reproche à l'OCAI de ne pas avoir suivi l'avis des expertises du COMAI et du Dr I _____ qui ont toutes deux conclu à une capacité résiduelle de 50 % dans la profession exercée avant l'atteinte à la santé.

Il ne fait pas de doute que ces expertises remplissent les critères jurisprudentiels pour leur reconnaître une pleine valeur probante.

Selon les conclusions concordantes des experts mandatés, seuls les troubles somatoformes douloureux persistants et l'état dépressif, lequel est qualifié de degré moyen par le COMAI et de dysthymie par le Dr I _____, ont une influence sur la capacité de travail. Le COMAI a considéré, dans son appréciation du cas en consilium, que cet état dépressif était réactionnel à l'arrêt de travail de la recourante survenu en 1995, soit aux douleurs ressenties à la suite de son accident, et non pas au décès de son frère en 1992. En effet, celle-ci a indiqué n'avoir jamais présenté avant 1995 des troubles de l'humeur et avoir bien intégré l'épreuve douloureuse de la mort de son frère. Cette conclusion médicale semble également être partagée par le Dr I _____ (cf. p. 15 de son rapport). Le fait que le trouble dépressif est devenu par la suite chronique n'y change rien. Cela étant, en application de la jurisprudence précitée, cet état dépressif ne constitue en l'occurrence pas une atteinte psychique indépendante des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'une comorbidité psychiatrique ne peut être admise. A cela s'ajoute que ces troubles de l'humeur ne se manifestent pas avec une sévérité justifiant à eux seuls une incapacité de travail.

Quant aux autres critères, la recourante souffre d'affections corporelles chroniques concomitantes, tels que de vertiges d'origine fonctionnelle, de rhizarthrose droite modérée, de troubles statiques et dégénératifs modérés, d'hypercholestérolémie et d'obésité. Selon la recourante, les vertiges ont empêché son reclassement professionnel par l'assurance-chômage et elle les ressent comme invalidants. Cela constitue un indice qu'ils ont une influence négative sur l'effort de volonté exigible pour la reprise du travail, dès lors qu'ils ont manifestement entamé la confiance de la recourante dans ses capacités.

Le critère du retrait social dans toutes les manifestations de la vie n'est manifestement pas rempli.

Il ne peut être exclu que la recourante présente un état psychique cristallisé, dès lors qu'il faut admettre qu'elle a indiscutablement un vécu douloureux (la mort de son deuxième enfant à l'âge de trois mois, en 1984, et de son frère en 1992). A cet égard, les experts considèrent également que l'invalidité de son mari depuis 1990 l'a fragilisée, dans la mesure où elle a dû assumer dès ce moment seule le fonctionnement de sa famille, appréciation qui est cependant contestée par le SMR Léman qui voit difficilement pourquoi il en résulterait une pathologie psychiatrique invalidante. Les experts du COMAI admettent ainsi que les

limitations fonctionnelles et professionnelles de la recourante sont en relation avec un vécu douloureux chronique (p. 18 du rapport). Ils préconisent toutefois la réintroduction d'un traitement médicamenteux antidépresseur qui « ...pourrait peut-être permettre d'améliorer secondairement la symptomatologie douloureuse, une fois l'état dépressif stabilisé ». Quant au Dr I _____, il est également de l'avis qu'un traitement psychiatrique spécialisé pourrait améliorer son état psychique puis éventuellement sa capacité de travail. Une évolution semble dès lors encore possible sur le plan thérapeutique, de sorte que toutes les conditions de ce critère ne sont pas remplies.

En ce qui concerne les traitements ambulatoires conformes aux règles de l'art et les mesures de réhabilitation, ils ont échoué, sans qu'il puisse en principe être reproché à la recourante d'avoir manqué de motivation et de ne pas avoir fait d'efforts suffisants pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux. Il est à relever toutefois que la recourante ne semble pas être disposée à se soumettre à un traitement antidépresseur et une psychothérapie qui pourraient, selon les experts, améliorer à long terme son état de santé et sa capacité de travail. L'importance de ce critère doit dès lors être pondérée.

Il résulte de ce qui précède que plusieurs critères jurisprudentiels ne sont pas réalisés pour admettre que les ressources psychiques de la recourante sont insuffisantes pour lui permettre de surmonter les douleurs. Seuls les affections somatiques chroniques et l'échec des traitements médicaux laissent supposer que cet effort de volonté n'est en l'occurrence pas exigible. Cependant, ces critères ne se manifestent pas avec l'intensité exigée par la jurisprudence, pour conclure à une limitation de la capacité de travail. Ainsi, après appréciation de l'ensemble de la situation et du dossier médical, le Tribunal de céans estime que les conditions fixées par le TFA ne sont en l'espèce pas remplies pour reconnaître un caractère invalidant aux troubles somatoformes douloureux, en dépit des avis médicaux divergents.

Le recours sera par conséquent rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare recevable le recours interjeté par Madame J _____ contre la décision du 26 mars 2002 de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité.

Au fond :

2. Le rejette ;
3. 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 G _____ ent 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

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