



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1441/2002

ATAS/261/2004

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

du mardi 13 avril 2004

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame T_____, comparant par l'assurance de protection
juridique WINTERTHUR-ARAG à l'adresse de laquelle elle élit
domicile

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Mme Isabelle DUBOIS, Présidente, Mmes Juliana BALDE et Karine STECK,
juges.

EN FAIT

1. Madame T_____, née en novembre 1970, de nationalité portugaise, mère de deux enfants, dont une fille née le 9 février 1997 et un garçon né le 11 août 2001, a travaillé en tant que coiffeuse chez X_____ jusqu'au 26 août 1997, date à laquelle elle a été en incapacité de travail à 100 % suite à d'importantes lombosciatalgies. Elle exerçait son activité de coiffeuse à raison de 40 heures par semaine pour un salaire mensuel de 3'200 fr., auquel s'ajoutait dix pour cent du chiffre d'affaires.
2. Le 9 septembre 1997, le docteur A_____, radiologue, a effectué une tomodensitométrie axiale computerisée de la colonne lombaire et sacrée de l'assurée, sur mandat de son médecin traitant, le docteur B_____. Il a diagnostiqué un canal lombaire étroit, une discopathie L3-L4 avec herniation intraspongieuse dégénérée s'enfouissant dans le plateau supérieur de L4, une protusion discale prononcée en L5-S1 de localisation surtout paramédiane gauche avec contact avec la partie antérieure du fourreau dural et la racine S1 gauche, une ébauche ostéophyttaire de la partie postéro-latérale du corps vertébral de L5 occupant le foramen gauche et rétrécissant le trou de conjugaison ainsi qu'une arthrose interapophysaire postérieure surtout en L3-L4 et L4-L5.
3. Du 21 octobre 1997 au 4 novembre 1997, l'intéressée a séjourné au département de médecine interne en division de rhumatologie aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci- après HUG). Les doctoresses C_____ et D_____ ont posé les diagnostics de lombosciatalgies S1 gauches non déficitaires et d'épisode dépressif moyen. Elles ont relevé que les lombalgies avaient débuté pendant la grossesse de l'assurée et avaient persisté après l'accouchement. A l'entrée, les praticiennes avaient été frappées par la thymie triste de la patiente, raison pour laquelle elles avaient demandé une consultation psychiatrique pour celle-ci à Belle-Idée.
4. Le 28 octobre 1997, l'assurée a consulté les docteurs E_____ et F_____ au département de psychiatrie de Belle-Idée aux HUG. Ceux-ci ont diagnostiqué un épisode dépressif moyen réactionnel à l'accumulation de deuils et de séparations récents dans sa famille, en comorbidité avec un trouble somatoforme douloureux avec des traits de personnalité histrionique.

5. Le 9 février 1998, l'assurée a consulté le docteur G_____, chef de clinique au service de neurochirurgie des HUG et du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après le CHUV). Ce dernier a diagnostiqué des dorso-lombalgies sur troubles statiques sévères, en relevant un assez net syndrome vertébral avec une contracture de la musculature paravertébrale des deux côtés et une limitation de la mobilité.
6. Le 4 mai 1998, elle a également consulté le docteur H_____, qui a posé le diagnostic d'état anxio-dépressif en partie réactionnel à la grossesse et aux suites de couches, de trouble somatoforme et d'anomalies de la colonne lombaire.
7. Le 28 mai 1998, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adultes à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI).
8. Le 7 juillet 1998, le docteur B_____ a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI en indiquant que, si la capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales, des mesures professionnelles étaient indiquées. Il a diagnostiqué des lombosciatalgies S1 gauches non déficitaires, un trouble somatoforme ainsi qu'un état dépressif moyen. Il s'est référé en grande partie aux rapports médicaux rédigés par les médecins des HUG et a indiqué qu'il appartenait à l'assurance-invalidité d'effectuer une expertise afin d'évaluer si l'état de la patiente nécessitait l'octroi d'une rente complète ou partielle ou si des mesures de réinsertion professionnelle étaient encore possibles.
9. Le 6 septembre 1999, l'assurée s'est inscrite à l'Office cantonal de l'emploi (ci-après l'OCE).
10. Dans un rapport intermédiaire du 10 mars 2000, le docteur B_____ a indiqué une persistance des douleurs et de l'incapacité de travail à 100 %. Selon ce dernier, la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assurée demeurerait impossible tant dans sa précédente profession de coiffeuse que dans une autre profession. L'assurée pouvait en effet demeurer en position assise une heure par jour et en position debout une heure par jour également. Elle ne pouvait ni maintenir de position accroupie, ni incliner le buste et n'était capable ni de lever, porter ou déplacer des charges, ni de se baisser. La motivation pour la reprise du travail ou un reclassement professionnel était faible.
11. Le 8 mai 2000, le docteur I_____, médecin-conseil de l'OCE, a rédigé un rapport dans lequel il estimait que l'assurée ne pouvait plus exercer sa profession. Cependant, il lui semblait qu'elle devait pouvoir faire une activité légère, par

exemple en tant qu'employée de bureau, à temps partiel, ce qui serait également valorisant pour elle. Un stage de reclassement était donc indiqué pour voir ce qu'elle savait et arrivait à faire.

12. Le 24 août 2001, sur mandat de l'OCAI, les médecins de la polyclinique médicale universitaire de Lausanne ont rédigé un rapport après avoir examiné l'assurée le 24 avril 2001 au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après le COMAI). Le docteur J_____, rhumatologue, a relevé que l'intéressée présentait notamment des cervico-dorso-lombalgies chroniques avec céphalées et irradiation diffuse, avec mise en évidence de séquelles de maladie de Scheuermann. Il n'y avait pas suffisamment d'éléments du point de vue anamnétique et clinique pour parler d'une fibromyalgie. En tenant compte des séquelles de maladie de Scheuermann, la capacité de travail était limitée à 50 % pour les travaux statiques debout ou assis de manière prolongée, les travaux lourds, les travaux nécessitant un port de charges supérieures à 15 kg de manière répétée. D'un point de vue rhumatologique, une reconversion professionnelle était théoriquement possible et, en s'orientant vers des travaux légers, sans maintien de position statique prolongée ou possibilité de varier sa position au cours de l'activité professionnelle, ni port de charges, la capacité de travail était de 100 %. Quant à la doctoresse K_____, psychiatre, elle a diagnostiqué un probable syndrome somatoforme douloureux persistant. Malgré une rigidité et une toute-puissance importantes, il ne lui semblait pas que l'assurée soit dépourvue de potentiel évolutif, car elle se projetait encore dans le futur. Une capacité de travail entre 50 et 70 % pouvait lui être reconnue. Au final, les médecins du COMAI ont diagnostiqué des lombalgies et céphalées chroniques évoluant vers un trouble somatoforme douloureux persistant, des troubles dégénératifs lombaires et séquelles de maladie de Scheuermann lombaire, des céphalées tensionnelles probables et un status après état dépressif en 1997-1998. Ils concluaient à une capacité de travail de 100 %, en tenant compte des restrictions liées aux séquelles de la maladie de Scheuermann et aux troubles dégénératifs lombaires (travaux lourds, travaux nécessitant des positions statiques prolongées, port de charges répétés de plus de 15 kg). L'activité de coiffeuse impliquait des restrictions et la capacité de travail dans cette profession était réduite de 50 %. Le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle leur paraissait bon. Un reclassement professionnel pourrait avoir des chances d'aboutir étant donné que l'assurée ne se sentait pas invalide et n'excluait pas une reprise d'activité professionnelle d'emblée. Sinon, une aide au placement pouvait être proposée afin d'aider la patiente à retrouver un travail adapté après la longue interruption de l'activité professionnelle. Ils ont encore mentionné que l'assurée ne tirait pas de profit

particulier du fait d'être malade et qu'il n'y avait pas de malaise social particulier mis en évidence.

13. Le 2 octobre 2001, le Service médical régional de l'assurance-invalidité du Léman (ci-après SMR Léman) a relevé qu'une activité à 100 % était raisonnablement exigible en évitant les gros efforts sur le rachis et que, comme coiffeuse, la capacité de travail était limitée à 50 %. L'état de santé était resté stable depuis 1998. En outre, l'assurée souhaitait retravailler.
14. Le 23 mai 2002, la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a estimé que l'assurée n'avait pas droit à une rente, ni à des mesures professionnelles, la perte de gain étant inférieure à 20 %. La division proposait de la faire bénéficier d'une aide au placement sur sa demande.
15. Dans un projet de décision du 27 mai 2002, l'OCAI a fixé le taux d'invalidité de l'assurée à 10 % et a refusé d'octroyer toute mesure de réadaptation hormis une aide au placement. La comparaison des revenus avait été effectuée en se basant sur son précédent salaire de coiffeuse et une activité légère raisonnablement exigible en tant qu'employée dans l'industrie légère.
16. Le 20 juin 2002, l'assurée a contesté ce projet par l'entremise de son conseil en faisant valoir que son état de santé s'était aggravé depuis Noël 2001, moment à partir duquel elle avait recommencé à se sentir déprimée. Elle contestait également le calcul du taux d'invalidité en relevant que le salaire sans invalidité ne correspondait pas à la réalité dans la mesure où son employeur avait attesté un salaire mensuel de 3'100 fr. avec participation au chiffre d'affaire de 10 %. Une moyenne de 3'975 fr. par mois devait être retenue, ce qui correspondait à un revenu annuel non actualisé de 50'800 fr. En outre, elle avait réalisé une activité accessoire de concierge à temps partiel et avait été rémunérée de ce fait à hauteur de 1'059 fr. 90 par mois. Cela n'avait pourtant pas été pris en compte par l'OCAI.
17. Par décision du 16 juillet 2002, l'OCAI a maintenu le calcul du taux d'invalidité effectué dans son projet de décision et fixé le taux d'invalidité de l'assurée à 10 %. Il a refusé toute mesure de réadaptation, y compris l'aide au placement.
18. Par écriture du 16 août 2002, l'assurée a interjeté recours contre cette décision arguant du fait que son état de santé s'était aggravé et que sa capacité de travail résiduelle ne dépassait pas 80 %, ceci sans tenir compte de l'aggravation de son état de santé pour des raisons psychiques. Le calcul du taux d'invalidité était également contesté et s'élevait, selon la recourante, à plus de 42 %. Cette dernière concluait donc préalablement à une expertise psychiatrique, principalement à

l'octroi d'un quart de rente et subsidiairement à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle.

19. Le 6 novembre 2002, la recourante a produit une expertise psychiatrique privée effectuée par le docteur L_____ le 28 octobre 2002 attestant de son incapacité de travail à 100 %. Elle a conclu à l'octroi d'une rente entière. L'expert, après avoir vu l'assurée deux fois, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, un épisode actuel moyen avec syndrome somatique, un trouble somatoforme douloureux persistant ainsi que des troubles mixtes de la personnalité (personnalité anxieuse, émotionnellement instable). Il l'estimait entièrement incapable d'exercer une quelconque activité lucrative. Il a souligné que le rapport COMAI avait été effectué alors que l'assurée en était au cinquième mois d'une grossesse désirée et que ce facteur avait considérablement contribué à la baisse de son humeur dépressive pendant cette période.
20. Le 29 novembre 2002, le docteur M_____, médecin-conseil de l'OCAI, a estimé que, s'il y avait eu une aggravation de l'état de santé de la recourante, celle-ci s'était produite entre l'appréciation du COMAI en avril 2001 et septembre 2002. Il n'y avait pas d'indications précises dans le rapport du docteur L_____ permettant de déterminer si cette aggravation avait eu lieu avant la décision intervenue en juillet 2002. Il se demandait si le statut avait changé suite à la deuxième grossesse.
21. Par préavis du 3 décembre 2002, l'OCAI a proposé le rejet du recours en faisant valoir que l'expertise du docteur L_____ ne modifiait en rien sa décision. En effet, les tendances dépressives de la recourante étaient parfaitement connues au moment où la décision avait été prise, de même que le trouble somatoforme douloureux persistant. Une aggravation de l'état de santé n'avait pas été signalée avant la prise de décision en juillet 2002. En outre, les critères retenus par la jurisprudence en cas de trouble somatoforme douloureux faisaient défaut et celui-ci présentait une gravité moyenne. En ce qui concernait le calcul du taux d'invalidité, le salaire de concierge ne devait pas être pris en compte dans la mesure où cette activité à temps partiel n'a été exercée que sur un court laps de temps, soit de mai à août 1997.
22. Par réplique du 16 janvier 2003, la recourante a expliqué que les douleurs physiques ressenties étaient réelles et se fondaient sur des affections physiques réelles tel que cela avait été relevé par les experts du COMAI et que le docteur L_____ avait posé des diagnostics permettant d'appréhender la gravité des affections psychiques dont elle souffrait. Il était possible que les experts n'aient

pas remarqué son état dépressif dans la mesure où elle était enceinte au moment de l'expertise et heureuse de cet état. En outre, le docteur L_____ avait décrit une personnalité évitante et anxieuse, ce qui pouvait précisément empêcher de déceler une dépression, les personnes atteintes de ce trouble mettant en œuvre des mécanismes d'évitement avec une habitude psychique d'ignorer activement les représentations mentales sources d'anxiété. A titre subsidiaire, la recourante concluait à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle.

23. Dans sa duplique du 3 février 2003, l'OCAI a derechef proposé le rejet du recours en soulignant à nouveau que l'aspect psychiatrique du dossier médical avait déjà été investigué au cours de l'expertise COMAI, qui n'avait pas mis en évidence de comorbidité psychiatrique.
24. Le 26 février 2003, la recourante a encore fait valoir que l'expertise du docteur L_____ répondait aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante et qu'elle était du reste plus fouillée que celle effectuée par le COMAI. Elle mentionnait encore que ledit rapport avait clairement relevé qu'une activité à 100 % en plus d'un ménage avec un petit enfant pouvait représenter un surmenage, raison pour laquelle il se justifiait d'en tenir compte dans l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail. Elle souhaitait demander au COMAI un rapport complémentaire à ce sujet.

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. Conformément à l'art. 3 al. 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, statuant en instance unique, sur les contestations en matière d'assurance-invalidité notamment (cf. art. 56V LOJ). La compétence du Tribunal de céans est ainsi établie pour juger du cas d'espèce.
2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant 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. 1 LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI) et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (RAI). Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur.

3. Interjeté en temps utile, le recours est à cet égard recevable conformément aux art. 69 aLAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (aLAVS) alors applicables.
4. Le présent litige porte principalement sur la capacité de travail résiduelle de l'assurée retenue par les différents médecins appelés à se prononcer.
- 5.a L'art. 4 al. 1 aLAI stipule que l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumé 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. Selon l'art. 4 al. 2 aLAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299).

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 aLAI, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade - donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité - les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait

même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2000 p. 153 consid. 2a et les références ; ATFA non publié I 68/01 du 27 mars 2001). Les causes de l'atteinte à la santé psychique ne jouent pas de rôle quand il s'agit de décider si celle-ci revêt ou non un caractère invalidant (PRA 1997 n° 49 p. 256 consid. 4b in fine). Ce qui est décisif, c'est de savoir si une atteinte à la santé psychique, indépendamment de son origine, entraîne une incapacité de travail et de gain (ATFA non publié I 68/01 du 27 mars 2001).

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATF 120 V 119). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160). A cet égard, la doctrine a décrit en détail la tâche de l'expert médical, lorsque celui-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant de troubles somatoformes. Selon MOSIMANN, sur le plan psychiatrique, l'expert doit poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur la 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 traitement conformément aux règles de l'art. Le cumul des critères précités fonde un pronostic défavorable. Enfin, l'expert doit s'exprimer sur le cadre psychosocial de la personne examinée. Au demeurant, la recommandation de refus d'une rente doit également reposer sur différents critères. Au nombre de ceux-ci figurent la divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (MOSIMANN, Somatoforme Störungen: Gerichte und psychiatrische Gutachten, RSAS 1999, p. 1 ss et 105 ss, VSI 2000 p. 155, ATFA n° I 229/01 Mh du 9 octobre 2001). Le Tribunal fédéral des assurances a encore souligné qu'on ne saurait reconnaître l'existence d'une incapacité de travail résultant d'un syndrome douloureux sur la base d'éléments qui entrent certes dans les critères déterminants susceptibles de justifier une incapacité de travail mais qui, chez la personne expertisée, se manifestent sous une forme atténuée. Pour

admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, encore faut-il que celui-ci revête un minimum de degré de gravité (ATFA non publié n° I 759/01 du 20 septembre 2002).

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). 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).

Par ailleurs, s'agissant de la capacité de travail - dans une activité exigible - d'un assuré dont la pathologie est principalement ou exclusivement marquée par la douleur, sans substrat organique ou sans corrélation avec un état clinique patent, il y a lieu de retenir principalement les conclusions globales de l'expertise pluridisciplinaire et non celles, forcément sectorielles, des différents intervenants à l'expertise ; En effet, l'expertise pluridisciplinaire, qui prend en compte l'ensemble des différents troubles présentés par le patient et leurs interférences possibles, paraît appropriée à une détermination objective de la capacité de travail (ATFA non publié du 22 juillet 2003 en la cause I 304/03, ATFA non publié du 6 août 2003 en la cause I 50/03).

- 5.b En l'espèce, le rapport COMAI répond aux exigences posées par la jurisprudence précitée. En effet, les experts ont décrit en détail la personnalité de la recourante ainsi que les affections dont elle souffre. Ils l'ont examinée et ont pris connaissance des divers éléments de son dossier médical. Ils ont par ailleurs bien motivé leurs conclusions. S'il doit ainsi être reconnu une pleine valeur probante au rapport, cela ne signifie pas pour autant que le Tribunal de céans doive uniquement se baser sur celui-ci pour juger du cas d'espèce. Il convient plutôt de rappeler que, selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition

permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATFA non publié I 167/03 du 1^{er} juillet 2003).

In casu, plusieurs éléments doivent être retenus en tant qu'indices concrets permettant de douter du bien-fondé des conclusions de l'expertise réalisée par le COMAI.

En premier lieu, tous les médecins appelés à se déterminer avant les experts du COMAI ont constaté l'existence d'un trouble somatoforme douloureux. A titre exemplatif, les praticiens du département psychiatrique de Belle-Idée ont diagnostiqué un épisode dépressif moyen réactionnel en comorbidité avec un trouble somatoforme douloureux et des traits de personnalité histrionique. Le docteur H_____ a également posé le diagnostic de trouble somatoforme, ainsi que le docteur N_____. Il est dès lors tout à fait étonnant que ce trouble ait été qualifié de « probable » par la psychiatre du COMAI.

Ensuite, l'expertise psychiatrique réalisée par le docteur L_____ décrit en détail la personnalité de la recourante, en se basant sur une anamnèse extrêmement fouillée et sur une étude substantielle de son dossier médical, après avoir vu celle-ci deux fois. Ce médecin a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, un épisode actuel moyen avec syndrome somatique, un trouble somatoforme douloureux persistant ainsi que des troubles mixtes de la personnalité (personnalité anxieuse, émotionnellement instable). C'est le lieu de relever que, selon la jurisprudence, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office de l'assurance-invalidité (ATFA non publié du 26 juillet 2002 en la cause I 19/02 Bh).

En l'occurrence, l'expertise privée doit non seulement se voir reconnaître une pleine valeur probante, mais encore doit-on constater que les arguments avancés

par ce psychiatre permettent de mettre en doute les conclusions globales du COMAI. Le docteur L_____ a notamment expliqué dans son rapport que la recourante avait été examinée alors même qu'elle en était à son cinquième mois de grossesse, laquelle était désirée et la réjouissait, ce qui pouvait avoir eu une influence sur son état dépressif, tant au niveau hormonal qu'au niveau psychique. Ensuite, il a relevé la personnalité évitante et anxieuse de la recourante, laquelle pouvait empêcher de déceler une dépression, les personnes atteintes de ce trouble mettant en œuvre des mécanismes d'évitement.

En troisième lieu, il sied de relever que, dans le rapport COMAI, les conclusions globales des experts retenaient une capacité de travail entière dans une activité légère tenant compte des limitations de la recourante, alors que la psychiatre du COMAI concluait quant à elle à une capacité de travail de 50 à 70 %. S'il est vrai qu'il y a lieu de retenir principalement les conclusions globales de l'expertise pluridisciplinaire et non, celles, forcément sectorielles, des différents intervenants à l'expertise, cet élément doit néanmoins être souligné dans la mesure où le docteur L_____ estime quant à lui que la recourante est totalement incapable de travailler. Il ressort ainsi d'une analyse du dossier qu'aucun praticien ne parvient à se mettre d'accord sur la réelle capacité résiduelle de travail de l'intéressée.

Finalement, l'Office intimé a relevé qu'aucun élément de l'expertise du docteur L_____ ne permettait de déterminer à partir de quand la recourante avait subi une aggravation de son état de santé. Au demeurant, il y a lieu de remarquer que l'expertise n'est intervenue que deux mois et demi après la décision litigieuse. Par ailleurs, il ressort du rapport de la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI du 23 mai 2002 qu'à cette époque, elle présentait des traits dépressifs manifestes tels que tristesse (pleurs), immobilité faciale et gestuelle pauvre, baisse de l'estime de soi, dévalorisation et difficulté de se projeter dans l'avenir. Au surplus, la recourante a exposé en juin 2002 déjà, suite au projet de décision du 27 mai 2002, que son état s'était aggravé depuis Noël 2001. Ainsi, ces indices permettent d'inférer du fait que, après l'expertise COMAI ayant eu lieu le 24 avril 2001, la recourante a effectivement connu une aggravation de son état de santé.

Au vu de tous ces éléments, le Tribunal de céans n'est pas en mesure de se prononcer sur la réelle capacité résiduelle de travail de la recourante. Il sied de rappeler que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au

besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATFA non publié du 26 juin 2003 en la cause I 671/02). Les expertises du COMAI et du docteur L_____ devant toutes deux se voir reconnaître une pleine valeur probante, il se justifie de renvoyer la cause à l'OCAI afin qu'il effectue une contre-expertise auprès de l'un des médecins psychiatres suivants : O_____, P_____ ou Q_____ et qu'il rende sur cette base une nouvelle décision. L'expert psychiatre mandaté tranchera de manière définitive le cas. Il devra se prononcer sur la capacité de travail résiduelle de la recourante et sur une activité adaptée dans laquelle elle pourrait mettre à profit ladite capacité, sur le début et le taux de cette incapacité de travail (en tenant compte d'une éventuelle aggravation) ; il posera un diagnostic selon une classification reconnue. Enfin, en cas de trouble somatoforme douloureux, l'expert prendra soin de décrire précisément la personnalité de la recourante et d'étudier la présence ou l'absence des critères retenus par la jurisprudence dans le cas particulier afin de déterminer le caractère invalidant ou non du trouble.

**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 le recours recevable ;

Au fond :

2. L'admet sans préjudice pour l'une ou l'autre des parties ;
3. Renvoie la cause à l'OCAI afin qu'il mandate, dans le sens des considérants, un des experts psychiatres susmentionnés et qu'il rende sur la base de la contre-expertise une nouvelle décision ;
4. Condamne l'OCAI à payer à la recourante une indemnité de dépens d'un montant de 1'000 fr.;
5. 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 l'_____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 :

Nancy BISIN

La Présidente :

Isabelle DUBOIS

La secrétaire-juriste : Flore PRIMAULT

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