

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1492/2001

ATAS/283/2003

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

du 27 novembre 2003

3ème Chambre

En la cause

Madame R_____

Représentée par Me Gilbert BRATSCHI

Rue d'Aoste 4

1204 GENEVE

recourante

contre

**OFFICE CANTONAL
DE L'ASSURANCE-INVALIDITE**

Case postale 425

1211 GENEVE 13

intimé

Siégeant : Mme Karine STECK, Présidente

Mme Daniela WERFFELI BASTIANELLI et M. Laurent VELIN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame R_____, d'origine italienne, mariée et mère de deux enfants, a travaillé en tant que collaboratrice de crédit à la banque X_____ jusqu'au 31 mai 1995. Elle exerçait son métier à raison de 38 heures par semaine. En 1994, son salaire annuel s'élevait à 59'926 fr. (pièce 3, fourre 5 OCAI). L'intéressée a donné son congé en raison de charges familiales importantes et de son état de santé, son employeur n'ayant pu lui offrir une place à 50 % ainsi qu'elle le demandait.
2. Dès le 14 février 1995, l'assurée s'était retrouvée en incapacité de travail à 100 % pour cause de cervicalgies céphalogènes sur contracture musculaire paravertébrale à proéminence gauche. Elle a été régulièrement suivie par le docteur L_____, son médecin traitant.
3. Le 19 décembre 1995, le docteur M_____, rhumatologue mandaté en tant qu'expert par « La Suisse Assurances » (assurance perte de gain de l'employeur), a diagnostiqué des rachialgies diffuses, prédominantes dans les segments cervical et lombaire, sur modifications dégénératives mineures vertébrales. Objectivement, l'examen clinique ne pouvait confirmer l'existence d'un syndrome vertébral lombaire, encore moins avec déficit neurologique. Il démontrait au contraire que l'intensité des plaintes était en discordance avec les constatations objectives, l'imagerie médicale ne pouvant expliquer l'intensité des plaintes. La résistance que la patiente développait à l'égard de tous les traitements institués ne témoignait pas non plus en faveur d'une origine somatique. Selon le médecin, les plaintes pouvaient être consécutives à une surévaluation psychogène inconsciente : un état dépressif concomitant. S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, l'expert a admis que cette dernière souffrait incontestablement de rachialgies et de céphalées et que cet état pouvait être considéré comme incompatible avec l'exercice de la profession d'employée de commerce. Compte tenu des exigences de cette profession, il avait été logique d'estimer l'incapacité de travail à 100 %. L'assurée n'était en effet pas apte à monter des escaliers plusieurs fois par jour, à utiliser l'ordinateur et à effectuer les déplacements nécessaires pour se rendre sur son lieu de travail, du moins au début. Dans la mesure où il n'existait toutefois aucune cause anatomique aux douleurs et où une psychothérapie était en cours, l'expert a cependant considéré que l'assurée disposait d'une capacité de travail résiduelle d'au moins 50 %, pouvant aller jusqu'à 100 % ultérieurement. Les souffrances somatiques seraient en effet compatibles avec une reprise de travail et seul un état dépressif majeur serait susceptible de justifier un taux d'incapacité supérieur à

50 %. L'expert a relevé le manque de détermination de la patiente à mettre tout en œuvre afin de reprendre rapidement une activité compatible avec son état et à poursuivre un effort raisonnable en vue de recouvrer sa capacité de gain. Il a en définitive conclu à une reprise du travail à 50 % dès le 15 janvier 1996 et à 100 % dès le 5 février 1996 (pièce 3 et annexes, fourre 4 OCAI).

4. Le 3 mars 1996, le docteur L_____ a écrit à « La Suisse Assurances » pour l'informer que l'assurée avait présenté un lumbago aigu avec une position fléchie et déviée vers la droite de la colonne vertébrale le 27 février 1996 et que cette position très algique ne lui permettait pas de travailler comme envisagé. Indépendamment de cet état aigu, le médecin traitant estimait que la persistance de la symptomatologie douloureuse avait pour conséquence que sa patiente ne pouvait ni travailler ni, de surcroît, entreprendre des démarches pour retrouver un poste (pièce 3 et annexes, fourre 4 OCAI).
5. Le 25 juin 1996, l'assurée a déposé auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) une demande de prestations sous forme de rente en invoquant ses problèmes cervico-lombaires, dont une polyinsertionite au niveau de la ceinture scapulaire (pièce 1, fourre 2 OCAI).
6. Le 29 octobre 1996, dans son rapport à l'OCAI, le docteur L_____ a diagnostiqué des rachialgies diffuses, une polyinsertionite plus marquée à la ceinture scapulaire et un état dépressif d'origine mixte. Selon lui, la capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales, mais des mesures professionnelles seraient indiquées pour trouver une formation compatible avec les problèmes ostéoarticulaires rencontrés par l'assurée (pièce 2, fourre 3 OCAI).
7. Par décision du 28 octobre 1998, l'OCAI a refusé à l'assurée toute prestation de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle n'avait pas présenté une incapacité de gain de 40 % au moins pendant une année. Elle avait certes été dans l'incapacité totale de travailler depuis le 14 février 1995, mais avait pu recouvrer une capacité de gain entière à compter du 5 février 1996 (pièce 2, fourre 1 OCAI).
8. L'assurée a interjeté recours contre cette décision le 20 novembre 1998. Invité à se prononcer, l'OCAI a alors admis la nécessité de soumettre la recourante à une expertise médicale (cf. préavis du 19 avril 1999). L'assurée ayant adhéré à cette proposition, la Commission cantonale de recours en matière d'invalidité (ci-après la Commission, depuis lors remplacée par le Tribunal cantonal des assurances sociales) a, par jugement du 2 juillet 1999, annulé la décision de l'OCAI datée du 26 octobre 1998 et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision (pièce 17, fourre 1 OCAI).

-
9. Mandaté le 1^{er} septembre 1999 par l'OCAI, le Servizio Accertamento Medico dell'Assicurazione Invalidità (ci-après le COMAI) de Bellinzone a examiné l'assurée les 15 et 16 novembre 1999 et rendu un rapport d'expertise le 3 décembre 1999, rédigé en langue italienne.

Le docteur FREI, psychiatre, a diagnostiqué un trouble dysthymique endo-réactionnel de gravité moyenne dans une personnalité émotionnellement instable. L'assurée présentait une pathologie psychiatrique d'une certaine importance et suivait encore une cure spécifique psychothérapeutique et psychopharmacologique. Sur le plan psychiatrique, l'incapacité de travail a été fixée entre 20 et 25 %, principalement à cause de l'instabilité émotionnelle de la patiente, de ses difficultés à contrôler les pulsions émotionnelles, de sa tendance à sombrer dans des moments de dépression et d'un ralentissement idéoverbal.

Le docteur N_____, rhumatologue, a pour sa part diagnostiqué une fibromyalgie de type primaire. Il n'y avait pas de manifestations cliniques, de résultats de laboratoire ou radiologiques faisant suspecter une affection rhumatismale inflammatoire. Les radiographies de la colonne vertébrale effectuées en 1995 ne révélaient pas de modifications dégénératives importantes. Du point de vue rhumatologique, la patiente présentait une incapacité de travail de 25 % au maximum, quel que soit le type de travail (caissière-vendeuse ou employée de banque). Il convenait de retenir ce même taux pour l'activité de femme au foyer.

Le rapport final des experts du COMAI a conclu à une incapacité de travail totale jusqu'au 30 juin 1995 puis à une incapacité globale de 25 à 30 % au maximum à compter du 1^{er} juillet 1997. Il a en effet été expliqué que la fibromyalgie et le trouble dysthymique étaient des pathologies qui s'influençaient réciproquement, certains aspects de l'un étant également présents dans l'autre et qu'il fallait en tenir compte dans une appréciation d'ensemble de l'incapacité de travail (pièce 14, fourre 3 OCAI).

10. Le 26 juillet 2000, l'OCAI a donc rendu un projet de décision refusant toute prestation de l'assurance-invalidité à l'assurée (pièce 19, fourre 1 OCAI).
11. Le 11 août 2000, l'intéressée a requis, par l'intermédiaire de son conseil, une prolongation du délai pour faire valoir ses observations suite au projet de décision. Elle a également sollicité la traduction de l'expertise COMAI en français (pièce 16, fourre 2 OCAI).

12. Le 14 août 2000, l'OCAI lui a refusé cette traduction en invoquant notamment l'arrangement administratif entre la Suisse et l'Italie (pièce 17, fourre 2 OCAI).
13. Le 25 août 2000, l'assurée a formellement contesté le refus de l'OCAI de procéder à la traduction de l'expertise. Elle a également contesté le taux global d'incapacité de 25 à 30 % retenu dans le projet de décision en expliquant que le psychiatre et le rhumatologue avaient chacun déterminé son incapacité de travail de manière indépendante, raison pour laquelle les taux retenus par chacun d'eux devaient être cumulés (pièce 18, fourre 2 OCAI).
14. Le 26 septembre 2000, l'intéressée a encore produit des certificats médicaux, émanant du docteur O_____ (19 septembre 2000), respectivement du docteur P_____, psychiatre (13 septembre 2000), et du docteur Q_____, psychologue (30 août 2000). Ces pièces attestent que l'assurée souffre de fibromyalgie dans un contexte de dépression chronique depuis octobre 1996 et a été suivie régulièrement par le docteur S_____. En outre, le psychologue relève que l'assurée a consulté la division de psychiatrie de liaison des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG) depuis avril 1999 pour un problème de boulimie et qu'ont alors été révélées d'importantes comorbidités telles qu'une dépression nerveuse et une phobie sociale (pièce 18, fourre 1 OCAI).
15. Le 3 mai 2001, l'OCAI a rendu une décision en tout point conforme à son projet du 26 juillet 2000 (pièce 20, fourre 1 OCAI).
16. Le 6 juin 2001, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en contestant le taux global d'invalidité retenu. Elle a conclu, préalablement, à la traduction en français du rapport d'expertise COMAI et, principalement, à l'annulation de la décision de l'OCAI, à la constatation d'un taux d'invalidité de 50 % au moins et à l'octroi d'une demi-rente.
17. Dans son préavis du 9 juillet 2001, l'OCAI a proposé la suspension de la cause jusqu'à ce que le Tribunal fédéral des assurances se prononce sur le principe de la traduction des rapports d'expertise. Sur le fond, il a proposé le rejet du recours.
18. Le 24 juillet 2001, la recourante a persisté dans ses conclusions tout en estimant qu'une suspension de la cause n'était pas nécessaire.
19. Par jugement du 9 novembre 2001, la Commission a admis le recours de l'assurée, annulé la décision du 3 mai 2001 et ordonné à l'OCAI de faire procéder à ses frais à la traduction de l'expertise. Le 10 janvier 2002, l'OCAI a interjeté recours de droit administratif en invoquant notamment la garantie d'un tribunal indépendant et impartial au motif que l'un des juges, bien qu'absent au moment où le jugement avait été rendu, aurait dû se récuser dès lors qu'il agissait en

qualité de mandataire dans une affaire similaire. Par arrêt du 28 mars 2002, le Tribunal fédéral des assurances a admis le recours, annulé le jugement de la Commission et renvoyé la cause à celle-ci afin qu'elle statue à nouveau dans une composition offrant aux parties la garantie d'un tribunal indépendant et impartial.

20. Le 8 avril 2002, l'OCAI a informé la Commission qu'au vu d'un arrêt rendu par le Tribunal fédéral des assurances en date du 27 février 2002, il serait procédé à la traduction de l'expertise en français.
21. Par jugement du 29 avril 2002, la Commission a pris acte de cette proposition, annulé la décision du 3 mai 2001 et renvoyé la cause à l'OCAI afin que ce dernier statue à nouveau après avoir donné à l'assurée la possibilité de faire valoir ses arguments après la traduction de l'expertise.
22. Le 21 juin 2002, l'OCAI a interjeté un recours de droit administratif contre ce jugement en faisant valoir que la Commission aurait dû se contenter de suspendre la procédure. Par arrêt du 8 novembre 2002, le Tribunal fédéral a admis le recours, annulé le jugement du 29 avril 2002 et renvoyé la cause à la Commission pour jugement.
23. Le 24 janvier 2003, la recourante a fait parvenir à la Commission ses observations suite à la traduction du rapport d'expertise. Elle a également produit un courrier du docteur A_____ du 15 janvier 2003 faisant état de l'évolution négative de son état de santé, un courrier du docteur O_____ du 24 avril 2002 ainsi qu'un courrier du docteur P_____ du 28 mai 2001.
24. Le docteur A_____, qui suit l'assurée depuis le 24 avril 2002, a diagnostiqué une fibromyalgie avec un syndrome de fatigue chronique et un état dépressif moyen avec un trouble compulsif du comportement alimentaire (boulimie). Le médecin estime que l'état de sa patiente est grave. A son avis, étant donné la variabilité et l'imprévisibilité des manifestations fibromyalgiques et la chronicité de l'état dépressif doublé d'un trouble boulimique, l'assurée n'est plus capable d'exercer une activité professionnelle.
25. Quant au docteur O_____, il qualifie l'état de santé de la patiente de stationnaire et évalue sa capacité de travail en tant qu'employée de banque à 0 %. Il n'existe selon lui pas de contre-indication professionnelle due spécifiquement à la fibromyalgie et à la dépression chronique, mais l'arrêt de travail pour raisons médicales de plusieurs années représente un obstacle presque insurmontable à la reprise du travail. Ce médecin est d'avis que l'on s'achemine vers une invalidité totale.

-
26. Le docteur P_____, dans un courrier du 28 mai 2001, estime que, depuis septembre 2000, l'état de l'assurée s'est péjoré. En ce qui concerne l'activité professionnelle, ce médecin précise que l'état de santé psychiatrique de la patiente (dépression récidivante, trouble alimentaire) lui paraît difficilement compatible avec une activité professionnelle à 100 %. Une activité partielle à 25 % - 50 % au maximum serait possible, mais il faudrait aussi tenir compte de la fibromyalgie. A son avis, cette dernière affection ne serait pas la conséquence de l'état dépressif.
 27. Dans son préavis du 18 février 2003, l'OCAI a proposé le rejet du recours, arguant que le taux global d'incapacité de travail de l'assurée retenu est clair et ne prête pas le flanc à la critique. En outre, l'état de santé de la recourante est stationnaire ainsi que l'a relevé le docteur O_____ et les constatations faites par la doctoresse B_____ portent sur des faits postérieurs à la décision, raison pour laquelle il ne peut en être tenu compte.

EN DROIT

1. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et qui a entraîné des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) et de son règlement (RAI), 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). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la LAI et de son règlement en vigueur au moment de la décision dont est recours.
2. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ ; E 2 05) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales. Conformément à l'article 3 alinéa 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la présente 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. article 56V LOJ). La compétence du Tribunal de céans est ainsi établie pour juger du cas d'espèce.
3. Interjeté en temps utile, le recours est recevable conformément aux articles 69 LAI et 84 alinéa 1 LAVS alors applicables.

-
4. La question litigieuse en l'espèce est de savoir si la recourante a droit aux prestations de l'assurance-invalidité, et notamment à une rente partielle.
- 4.1 L'article 4 alinéa 1 LAI stipule que 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. 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 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif - donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité - les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2000 p. 153 consid. 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).

Dans un arrêt récent non publié (ATFA du 9 septembre 2003 en la cause I 423/03), le Tribunal fédéral des assurances a rappelé que, lorsqu'il s'était agi d'évaluer l'invalidité d'assurés souffrant de fibromyalgie, la jurisprudence s'était parfois inspirée des principes (cf. VSI 2000 p. 154-155 consid. 2c, 160-161 consid. 4b) qui s'appliquent pour apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (voir les arrêts P. du 10 mars 2003, I 721/02. consid. 3 et A. du 9 octobre 2001, I 229/01, consid. 4). Le Tribunal fédéral s'était alors

référé à l'opinion de D., médecin-chef du Service ambulatoire de la Clinique X., qui estimait que la fibromyalgie pouvait être assimilée à un trouble somatoforme, plus particulièrement au syndrome douloureux somatoforme persistant (« Peut-on encore poser le diagnostic de fibromyalgie ? », in : Revue médicale de la Suisse Romande 2001, p. 443 ss, sp. 446). La question de savoir si ces principes pouvaient s'appliquer tels quels en cas de fibromyalgie avait été laissée indécise, dès lors qu'un cumul de critères au sens de la jurisprudence n'était de toute manière pas réalisé.

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, il faut encore que celui-ci revête un minimum de degré de gravité (ATFA n° I 759/01 du 20 septembre 2002).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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).

Si le rapport médical ne donne pas un tableau suffisamment clair de l'atteinte à la santé et de ses effets sur la capacité de travail pour décider de manière fiable du droit aux prestations, l'office AI ordonne un examen médical supplémentaire. Cet examen peut normalement être effectué par un médecin-spécialiste ou dans une division d'hôpital. Lorsqu'un examen pluridisciplinaire est nécessaire, l'office AI mandate un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI). Un examen plus complet peut raisonnablement être exigé d'un assuré et n'est pas disproportionné lorsque le dossier n'est pas suffisamment documenté sur l'état de santé, la capacité de travail et les possibilités de réadaptation de la personne assurée (RCC 1980, p. 346).

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).

Enfin, il sied encore de rappeler que selon la jurisprudence, les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont une valeur probante inférieure à celle des spécialistes (RCC 1988, p. 504).

- 4.2 En l'espèce, le rapport du COMAI répond aux exigences posées par la jurisprudence et ne saurait dès lors être remis en question. En effet, il contient tous les éléments de réponse nécessaires permettant de retenir la nature invalidante atténuée du trouble somatoforme douloureux dont la recourante est atteinte.

Si certains critères retenus par la jurisprudence plaidant en faveur du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux sont présents, d'autres critères importants font en revanche défaut. Ainsi, l'assurée ne souffre pas d'une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides et ne présente aucune comorbidité psychiatrique. Le docteur FREI relève en effet qu'il n'y a « pas d'altérations délirantes ou de troubles de la perception, pas de troubles du moi ou de la personne » (traduction rapport, p. 2). En outre, bien qu'elle ait cessé de travailler depuis 1995, il n'y a pas eu perte d'intégration sociale, le docteur C_____ ayant mentionné que « la situation se reflète dans la vie de famille quotidienne, que la patiente qualifie malgré tout de bonne globalement. En fait, l'entente est plus que satisfaisante » (traduction rapport, p. 15-16).

A la lecture du rapport, le taux global d'incapacité de travail retenu semble en totale adéquation avec les observations médicales faites par les différents praticiens et les symptômes présentés par l'assurée.

- 4.3 C'est également en vain que la recourante conteste le fait que le taux global de 25 à 30 % retenu dans les conclusions du rapport SAMAI. Au vu de la jurisprudence claire rappelée ci-dessus, 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.

Dans la mesure où l'expertise pluridisciplinaire prend en compte l'ensemble des différents troubles présentés par la recourante et leurs interférences possibles, elle paraît appropriée à une détermination objective de la capacité de travail.

- 4.4 L'assurée fait encore valoir que son état de santé s'est péjoré depuis l'expertise réalisée en 1999 et produit plusieurs certificats médicaux à l'appui de son argumentation.

Ainsi que l'a relevé l'OCAI, l'avis du docteur A_____ ne saurait être pris en compte, dès lors que cette praticienne se rapporte à des faits postérieurs à la décision litigieuse et que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des

décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4).

Quant à l'avis du docteur P_____ du 28 mai 2001 selon lequel, depuis septembre 2000, l'état de santé de l'assurée s'est péjoré, il ne contredit pas les conclusions du rapport d'expertise puisque les médecins ont mentionné : « si on observe sa situation [de l'assurée] au cours des dix ou onze dernières années, on peut constater des rechutes récidivantes (traduction rapport, p. 29) ». Le médecin explique par ailleurs que le trouble alimentaire dont souffre la patiente existe depuis 15 ans environ. Le psychologue Q_____ des HUG a en outre souligné que l'intéressée l'avait consulté pour un problème de boulimie dès avril 1999, soit antérieurement à l'expertise COMAI, qui en a donc tenu compte (traduction rapport, p. 15).

En ce qui concerne les certificats médicaux du docteur O_____, on relèvera au surplus que celui-ci considère l'évolution de la santé de sa patiente comme stationnaire (courrier du 24 avril 2002).

Au vu de ces éléments, il apparaît que l'état de santé de la recourante ne s'est pas modifié depuis l'expertise SAMAI. Cela étant, c'est à juste titre que l'Office intimé a retenu une incapacité de travail de 25 à 30 % dans le cas de la recourante.

5. Il reste à déterminer à présent le taux d'invalidité de l'assurée. L'article 28 alinéa 2, à mettre en parallèle avec l'article 4 LAI, prévoit que, pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalidé 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.

En ce qui concerne le calcul de l'invalidité lui-même, il n'est pas permis – exception faite d'une situation claire – de fixer sans autre un taux d'invalidité correspondant à l'incapacité de travail retenue par les médecins (RCC 1962 p. 441). L'office AI doit toujours examiner si, et au besoin dans quelle mesure, la capacité de travail résiduelle est utilisable au mieux et quel revenu pourrait ainsi être réalisé dans l'accomplissement des travaux raisonnablement exigibles.

- 5.1 L'OCAI a fixé le taux d'invalidité de la recourante à 25 – 30 %. Compte tenu des circonstances du cas d'espèce, cette manière de faire n'est pas critiquable, dès lors que la situation est claire et que le docteur N_____ a expliqué que « la patiente présentait une incapacité de travail de 25 % au maximum, quel que soit le

type de travail ». Il a encore ajouté « je pense aux activités exercées précédemment, comme caissière-vendeuse ou employée de banque. Même pour l'activité exercée actuellement – de femme au foyer – il convient de retenir ces mêmes limitations (traduction rapport, p. 10) ». Dans leurs conclusions globales, les médecins du COMAI ont également relevé : « Aux fins de l'assurance-invalidité, l'assurée présente, aussi bien pour sa profession d'employée que pour ses activités au foyer, une incapacité de travail globale de 25 %, maximum 30 % (traduction rapport, p. 27).

C'est le lieu de rappeler que c'est à bon droit que l'OCAI n'a pas procédé à une enquête économique sur le ménage dans le cas de la recourante dès lors que, selon le Tribunal fédéral des assurances, l'enquête sur les activités ménagères ne constitue plus un moyen de preuve approprié pour estimer le degré d'invalidité en cas de maladie psychique. En effet, lors de maladies psychiques, pour l'évaluation de l'invalidité d'une femme au foyer, les appréciations médicales ont plus de poids que les explications sur place (ATFA non publié du 9 novembre 1987, consid. 3 en la cause I 277/87).

C'est dès lors à juste titre que le taux d'invalidité a été fixé à 25 %, voire à 30% au maximum, par l'Office intimé.

Pour tous ces motifs, le recours doit être rejeté et la décision de l'OCAI du 3 mai 2001 confirmée.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Au fond :

2. Le rejette ;
3. Confirme la décision de l'OCAI du 3 mai 2001 ;
4. 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 :

Janine BOFFI

La Présidente :

Karine STECK

La secrétaire-juriste : Flore PRIMAULT

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