RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1695/2002 **ATAS/378/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

1ère chambre

du 25 mai 2004

En la cause

Madame L_____, recourante

contre

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

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Isabelle DUBOIS et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Madame L_____, née le mars 1963, d'origine vietnamienne, mère de deux enfants, a travaillé comme ouvrière au montage pour l'entreprise X_____ à 100% dès le 10 avril 1989, puis à 50% du 1er janvier 1995 jusqu'au 30 avril 1997, date à laquelle son contrat a été résilié. A ce titre, elle percevait un gain annuel de 22'148 fr. (1'640 fr. par mois x 13 mois + une gratification). Le 1er mai 1997, elle s'est inscrite à l'Office cantonal de l'emploi (ci-après l'OCE) pour un gain assuré de 1'777 fr. en joignant un certificat médical de son médecin traitant, le docteur A_____, lequel expliquait que l'assurée était dans l'impossibilité de travailler à plus de 50% dans la mesure où elle présentait une affection chronique.

2. Le 12 mai 1999, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) en sollicitant l'octroi d'une rente. Elle a relevé souffrir depuis cinq ans de troubles dépressifs, de rhumatismes, de migraines et d'insomnies.

3. Le 15 juin 1999, le docteur A_____ a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI dans lequel il a diagnostiqué une phobie sociale, un état dépressif chronique avec antécédents de tentamens médicamenteux et une fibromyalgie. L'état dépressif était symptomatique depuis le mois de septembre 1996, date à laquelle l'assurée avait été hospitalisée à Belle-Idée pour tentative de suicide. Elle avait été en incapacité de travail à 100% à plusieurs reprises, soit du 20 février au 3 mars 1997, puis du 6 au 9 octobre 1997 et du 16 au 30 novembre 1998. Elle demeurait en incapacité de travail depuis le 25 mai 1999. Le médecin traitant a encore relevé que l'état de santé de l'assurée exerçait une influence sur la formation professionnelle dans la mesure où cette dernière souffrait de phobie sociale et de troubles de la concentration. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

4. Le 5 novembre 2001, établissement hospitalier, agissant comme Centre d'observation médical de l'assurance-invalidité (COMAI), a rendu un rapport suite au mandat d'expertise de l'OCAI du 16 juin 2000. Les médecins en charge du cas avaient ausculté l'assurée le 29 août 2001 et pris connaissance de son dossier d'assurance-invalidité ainsi que du consilium de psychiatrie du 13 septembre 2001 effectué par la doctoresse B_____. Les spécialistes du COMAI ont diagnostiqué un trouble somatoforme persistant sous forme de fibromyalgie et polyarthralgies, un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel d'intensité moyenne ainsi qu'un trouble mixte de la personnalité. Du point de vue global, en tenant compte de l'aspect rhumatologique, psychiatrique et social, la capacité de travail était de 50%. Une activité professionnelle pouvait s'insérer dans un projet thérapeutique et limiter les risques de désinsertion sociale. Il existait cependant des facteurs de pronostic défavorable qui se surajoutaient à

l'atteinte à la santé et risquaient d'entraver la reprise d'une activité lucrative, à savoir la longueur de l'incapacité de travail et le trouble de la personnalité. Les experts ont relevé que, par rapport aux avis médicaux déjà émis, il n'y avait pas de discordance nette tant du point de vue somatique que psychiatrique. En ce qui concernait la capacité de travail, elle ne pouvait pas être améliorée par des mesures d'ordre professionnel dans la mesure où l'assurée avait elle-même expliqué que le travail qu'elle effectuait jusqu'alors lui paraissait adapté. Un reclassement professionnel n'était pas judicieux.

5. Par projet de décision du 13 mai 2002, l'OCAI a informé l'assurée qu'elle serait mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 12 mai 1998. Il se basait essentiellement sur le rapport rendu par le COMAI retenant une capacité résiduelle de travail de 50%.

6. Par courrier du 24 mai 2002, l'intéressée a contesté ce projet en relevant que cela faisait plus de cinq ans qu'elle se trouvait en incapacité de travail et qu'elle souffrait de rhumatisme persistant et généralisé, de dépression nerveuse chronique et de céphalées incessantes. En outre, une aide ménagère lui avait été octroyée pour assumer ses tâches domestiques, tâches qui lui était impossible d'assumer.

7. Par décision du 8 octobre 2002, l'OCAI lui a octroyé une demi-rente d'invalidité de 614 fr. dès le 1er mai 1998, ainsi que deux demi-rentes complémentaires pour enfants de 246 fr. chacune. Il a joint la même motivation que celle du projet de décision du 13 mai 2002.

8. Par courrier du 29 octobre 2002, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en faisant valoir les mêmes arguments que lors de son opposition au projet de décision. Elle a souligné que son état de santé rendait impossible un emploi à 50 %.

9. Par préavis du 7 janvier 2003, l'OCAI a proposé le rejet du recours en expliquant que le rapport COMAI du 5 novembre 2001 était clair et incontestable et que les experts avaient retenu une capacité résiduelle de travail de 50% dans la dernière profession exercée. L'assurée n'avait apporté aucun élément concret permettant de remettre en cause le rapport d'expertise, raison pour laquelle il ne se justifiait pas de s'écarter de ses conclusions.

10. Par courrier du 29 avril 2004, le Tribunal de céans a demandé au Docteur A_____, médecin traitant de l'assurée, si cette dernière avait bénéficié d'un soutien psychothérapeutique depuis le 5 novembre 2001, soit après le rapport COMAI, si une reprise du travail avait été tentée à 50%, si la situation de la recourante du point de vue psychologique avait été réévaluée et si elle avait subi une rechute depuis le rapport COMAI.

11. Le praticien a répondu le 5 mai 2004 que l'assurée était toujours suivie au niveau psychologique par lui-même ainsi que par les services sociaux de l'hospice général. Une reprise de travail n'avait pas été tentée car elle était sans travail et s'estimait incapable de travailler en raison de ses douleurs physiques. Il n'y avait pas eu de changements de son état psychologique depuis novembre 2001 et, selon le médecin traitant, son état de santé et sa médication permettaient à la recourante d'assumer sa famille de deux enfants mais non un travail à l'extérieur. Il n'y avait pas eu de réévaluation de son état psychologique par un service psychiatrique depuis novembre 2001.

12. Pour le surplus, les faits et allégués pertinents des parties seront repris, en tant que besoin, dans la partie « en droit » ci-après.

EN DROIT

1. a) 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 (art. 1 let. r LOJ).

Dans un arrêt du 30 mars 2004, cependant, le Tribunal administratif (ci-après TA) a constaté d'office la nullité de l'art. 1 let. r LOJ, considérant que le TCAS avait été créé en violation de l'art. 131 de la Constitution genevoise - Cst GE -.

b) Force est de constater que cette conclusion ne saurait lier le tribunal de céans, aux motifs suivants :

- elle ne figure pas dans le dispositif de l'arrêt. Or, seul le dispositif d'un jugement peut acquérir l'autorité de la chose jugée, et non ses motifs. L'autorité de la chose jugée ne s'étend à ceux-ci que dans la mesure où le dispositif y renvoie expressément et où ils se rapportent à la question litigieuse (ATF 96 I 295 ; Knapp, Précis de droit administratif, 4ème édition, 1991, p. 248 ss ; Habscheid, droit judiciaire privé suisse, 1981 p. 313 et ss.).

- l'autorité de la chose jugée ne vaut quoi qu'il en soit que pour les moyens que le tribunal pouvait examiner (cf. Knapp, op. cit. p. 251). Or, il apparaît en l'espèce douteux que le TA devait, et même pouvait, à l'occasion d'un recours interjeté pour violation des droits politiques contre un arrêté du Conseil d'Etat fixant la date de l'élection des juges assesseurs au TCAS, contrôler la constitutionnalité de la loi instituant cette juridiction.

- une loi inconstitutionnelle ne saurait être déclarée nulle. Seul, l'acte pris en application de celle-ci est annulable (cf. Jean-François Aubert, Bundesstaatsrecht der Schweiz, vol. I, 1991, p. 178, note 430). Il convient au surplus de relever qu'un tribunal se doit en règle générale d'agir avec retenue, plus particulièrement lorsque les conséquences de l'annulation bouleverseraient tout un régime juridique (ATF 112 Ia 313). Tel est manifestement le cas ici, dès lors que le considérant topique de l'arrêt du TA revient à nier l'existence d'une juridiction qui fonctionne depuis le 1er août 2003 déjà, et dont les juges titulaires, ainsi que les juges suppléants, ont été régulièrement élus.

c) Le TCAS examine d'office sa compétence ; vu l'arrêt du TA du 30 mars 2004 niant jusqu'à son existence, il a également à vérifier la conformité à l'art. 131 Cst GE de la loi l'instituant.

Le TCAS est une juridiction administrative spéciale, en ce sens qu'elle traite du domaine particulier des assurances sociales. Il y a lieu de rappeler que selon l'art. 57 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales -LPGA-, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, chaque canton institue un tribunal des assurances, qui statue en instance unique sur les recours dans le domaine des assurances sociales. Cette disposition légale fédérale oblige les cantons à regrouper tout le contentieux des assurances sociales sous le même toit, contentieux jusque là réparti à Genève entre diverses commissions cantonales de recours et le TA. C'est ainsi pour répondre à l'exigence posée par la loi fédérale que le législateur genevois a créé le TCAS.

Selon l'art. 131 al. 1 Cst GE, « La loi établit des tribunaux permanents pour juger toutes les causes civiles et pénales ; elle en règle le nombre, l'organisation, la juridiction et la compétence ». Lors de la création du TA en 1971, la disposition constitutionnelle a été complétée par un alinéa 2, libellé comme suit : «Un tribunal administratif est institué pour statuer sur les recours de droit administratif dans les cas où la loi le prévoit ».

La Constitution s'interprète selon les mêmes principes que les lois ordinaires. Les règles d'interprétation permettant au juge de dégager le sens d'une disposition sont connues : ce dernier peut recourir à une interprétation littérale, historique, téléologique ou systématique de la norme. Le juge devra partir prioritairement du texte clair de la loi. Le TA, dans son arrêt du 30 mars 2004, a considéré que le texte de l'art. 131 al. 2 Cst GE ne laissait pas de place pour d'autres tribunaux statuant sur les recours de droit administratif ; il a interprété « un tribunal » comme signifiant « un seul tribunal ». Or, l'art. 131 al. 2 Cst GE précise que ce tribunal administratif est institué « dans les cas où la loi le prévoit ». C'est dire que nécessairement le reste du contentieux administratif relève d'autres

juridictions. Ainsi l'interprétation littérale permet à elle seule de conclure que le terme « un » doit être qualifié, grammaticalement, d'article indéterminé.

Une telle analyse est du reste confirmée par les interprétations historique et téléologique. Il résulte des travaux préparatoires (Mémorial du Grand Conseil – MGC - 1970, p. 554 ss.) que le législateur en 1970 entendait créer, aux côtés des juridictions civiles et pénales existantes prévues à l'art. 131 al. 1 Cst GE, un tribunal administratif indépendant du pouvoir exécutif. Ce tribunal était destiné à remplacer les autres autorités – Conseil d'Etat, commissions de recours, etc… qui avaient à connaître des recours contre les décisions des départements. Il n'était cependant pas question que ce remplacement soit général, raison pour laquelle ce tribunal s'était vu doté de compétences d'attribution. Il était évident que certaines commissions spéciales devaient subsister, notamment en raison de leur composition particulière (composition paritaire, experts…). Selon le Mémorial du Grand Conseil, p. 557, « dans le système envisagé, le TA, le Conseil d'Etat et les commissions spécialisées dont le maintien aura été décidé, constitueront autant de juridictions administratives distinctes et indépendantes, entre lesquelles se répartiront les compétences ».

Dès le 1er janvier 2000, le TA a été mis au bénéfice d'une clause générale de compétence. Il est ainsi devenu la juridiction administrative supérieure de droit commun (art. 56 A LOJ). A nouveau, le maintien des commissions de recours spéciales a été expressément réaffirmé (MGC 1997, p. 9430). La constitutionnalité de ces juridictions n'a de plus jamais été remise en cause, ni par le TF ni par le TFA. On ne voit pas dans ces conditions ce qui aurait empêché le législateur, quelques années plus tard, de confier la compétence en matière d'assurances sociales, jusque là dévolues à ces commissions de recours, à une juridiction administrative spéciale, le TCAS en l'occurrence.

Si l'on devait suivre l'interprétation du TA dans son arrêt du 30 mars 2004, non seulement le TCAS, mais également toutes les autres commissions de recours spéciales, y compris celles rattachées au TA lui-même seraient inconstitutionnels. Tel n'a manifestement pas été le but visé par le législateur.

Au vu de ce qui précède, la création du TCAS en application de la LPGA est conforme à la Constitution genevoise.

L'élection des juges assesseurs ayant par ailleurs été annulée par le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 27 janvier 2004, le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février 2004, une disposition transitoire permettant au TCAS de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux assesseurs.

2. Conformément à l'article 3 alinéa 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi et pendantes devant la Commission

cantonale de recours ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, statuant en instance unique sur les contestations en matière d'AVS-AI (cf. article 56 V LOJ). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er 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 du 19 juin 1959 (LAI) et de son règlement du 17 janvier 1961(RAI) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur.

4. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales. Conformément à l'art. 3 al. 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la 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.

5. Interjeté en temps utile, le recours est à cet égard recevable conformément aux articles 69 LAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS) alors applicables.

6. Le litige porte essentiellement sur le point de savoir quelle diminution de sa capacité de gain la recourante subit en raison d'une atteinte à sa santé psychique, dans la mesure où cette dernière souffre d'un trouble somatoforme persistant sous forme de fibromyalgie et polyarthralgies, d'un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel d'intensité moyenne ainsi que d'un trouble mixte de la personnalité.

6a. L'art. 4 al.1 LAI 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. 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). 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 158 consid. 1).

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 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).

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. 1555, 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 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). 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).

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).

6b. En l'espèce, la recourante conteste le fait que l'OCAI se soit basée sur l'expertise COMAI réalisée par des experts pour ne retenir qu'une capacité de travail de 50% dans sa précédente activité, alors même qu'elle s'estime en incapacité totale de travailler, eu égard aux multiples affections dont elle souffre. Quant à l'intimé, il relève que l'expertise rendue par les médecins spécialistes du COMAI répond aux critères posés par la jurisprudence et qu'elle n'est pas critiquable, raison pour laquelle il se justifie de s'y référer et de retenir une capacité résiduelle de travail de 50%.

Au vu de la jurisprudence susmentionnée, force est de reconnaître que cette manière de voir est exacte, tant en ce qui concerne le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux que la capacité de travail résiduelle de l'assurée.

En premier lieu, on relèvera qu'en effet, nombre de critères mis en exergue par la jurisprudence en cas de trouble somatoforme douloureux persistant, et permettant de se prononcer sur son caractère invalidant, sont présents dans le cas d'espèce. Ainsi, en sus du trouble somatoforme douloureux, les experts ont également diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, constituant une comorbidité psychiatrique surajoutée au trouble somatoforme persistant (Expertise COMAI, pièce 8, fourre 3 OCAI, p. 13). En outre, ils ont souligné que la structure de la personnalité de la recourante présentait des traits prémorbides, dans la mesure où il existait un trouble mixte de la personnalité, entre autres avec des traits de personnalité anxieuse et dépendante et des traits de type borderline. Quant à l'anamnèse psychosociale, elle fait état d'une perte d'intégration sociale (« l'assurée se perçoit complètement incompétente et sans attrait, elle a beaucoup de peine à nouer de nouvelles relations, sa vie est réduite, sans loisirs, avec très peu de contacts et cela à cause d'un immense besoin de sécurité. Cela conduit à un évitement des activités sociales et professionnelles par la peur d'être critiquée ou rejetée », p.12). Le critère de la chronicité et de la durée des douleurs, susceptible de fonder un pronostic défavorable à propos de l'exigibilité de la reprise de l'activité professionnelle apparaît en outre réalisé, auquel se surajoutent d'autres facteurs, notamment la longueur de l'incapacité de travail et le trouble de la personnalité (p. 15). Au vu de ces critères, il apparaît que le trouble somatoforme douloureux dont souffre la recourante est dès lors invalidant.

En deuxième lieu, la capacité de travail retenue par les experts du COMAI a fait l'objet de discussion dans le cadre d'une séance de décision multidisciplinaire du 21 septembre 2001 en présence notamment d'un médecin rhumatologue et d'un psychiatre. Les experts se sont éloignés tant de l'appréciation du rhumatologue en ce qui concerne la capacité de travail de la recourante, lequel l'évaluait à 80 ou 90%, que de l'appréciation du psychiatre, lequel l'évaluait à 30%. Ils ont expliqué

retenir une capacité de travail de l'ordre de 50% dans la dernière profession exercée ou dans toute autre activité professionnelle, en tenant compte de l'aspect rhumatologique, psychiatrique et social, car l'assurée possédait encore un certain nombre de ressources adaptatives, notamment son jeune âge, la présence de ses deux enfants ainsi que le maintien depuis plusieurs mois d'une relation affective avec un homme qui semblait cadrant pour elle et pour ses enfants. En outre, ils ont rappelé que la reprise d'une activité professionnelle pouvait s'insérer dans un projet thérapeutique et limiter les risques de désinsertion sociale. Les experts ont ainsi motivé de façon convaincante le taux de capacité de travail résiduelle de l'assurée, après avoir tenu compte de tous les facteurs mis en évidence par les différents praticiens appelés à évaluer le cas de l'assurée. Le taux de l'incapacité de travail ne résulte pas de la simple addition de deux taux d'incapacité de travail (d'origine somatique et psychique) mais procède bien plutôt d'une évaluation globale (Jacques Meine, L'expert et l'expertise, critères de validité de l'expertise médicale, in : L'expertise médicale, Genève 2002, p. 23 sv). A cet égard, le Tribunal de céans ne s'écartera pas de l'expertise COMAI, celle-ci n'étant ni contradictoire ni mise en doute par l'appréciation d'autres experts. Il sied de rappeler en effet que, si le juge entend s'écarter d'une expertise, il doit motiver sa décision et il ne saurait, sans éléments déterminants, substituer son appréciation à celle des experts, sous peine de tomber dans l'arbitraire.

Par ailleurs, le médecin traitant, dans son courrier du 5 mai 2004, a expliqué qu'il n'y avait pas eu de réévaluation de l'état de santé de la recourante depuis novembre 2001, hormis quelques adaptations de son traitement, qu'elle était toujours régulièrement suivie par lui-même et qu'il n'y avait eu que peu de changements de son état psychologique depuis le rapport COMAI. Il estime certes que l'assurée demeure incapable de travailler, mais il sied de rappeler que, selon la jurisprudence, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3a/cc ; ATFA non publié I 419/03 du 22 octobre 2003). Ainsi, le rapport COMAI conserve toute sa valeur probante et n'a pas à être remis en cause.

On relèvera en outre que la recourante n'indique pas sur quels points il y aurait lieu de s'écarter de l'expertise, se bornant à relever qu'elle est incapable de travailler en raison de ses diverses atteintes à la santé. Au vu de ces éléments, le recours sera rejeté et la décision de l'OCAI du 8 octobre 2002 confirmée.

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. Le rejette ;

3. Confirme la décision de l'OCAI du 8 octobre 2002 ;

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 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 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 :	La Présidente :
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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