

RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE
POUVOIR JUDICIAIRE

A/1699/2002 [ATAS/571/2004](#)

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES

du 29 juin 2004

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame D _____, recourante

comparant par Me Raffaella

MEAKIN, en l'étude de laquelle elle élit domicile

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, intimé

rue de Lyon 97 à Genève

EN FAIT

Madame Maria D _____, née en 1958, a occupé différents petits emplois plus particulièrement comme femme de ménage et garde d'enfants au Portugal jusqu'à son arrivée en Suisse en 1992. De 1994 à 1999, elle a travaillé comme manutentionnaire auprès de X _____ SA à Genève. Elle accomplissait 25 heures par semaine, ce qui représente un taux d'activité de 62,5%. Elle soulevait une charge cumulée de 2000 kg par jour, son travail consistant en la préparation des commandes sur un tapis roulant.

L'assurée a commencé à souffrir de douleurs à la hanche droite, avec impression de lâchage et blocage du membre inférieur, ainsi qu'aux deux épaules, alors qu'elle travaillait depuis quelques mois comme manutentionnaire. Dans un premier temps, les douleurs restaient relativement localisées, puis se sont progressivement diffusées dans tout l'hémicorps droit. Ces douleurs ont été à l'origine de plusieurs arrêts de travail dès 1998, donnant finalement lieu à un arrêt définitif le 14 avril 1999. Son contrat a été résilié en août 2000. L'assurée a touché les indemnités de l'assurance perte de gain de son employeur du 14 avril 1999 à mars 2001, correspondant aux 100% de son salaire.

Son médecin traitant, le Docteur A _____, évoquant le diagnostic de fibromyalgie, l'a adressée au Docteur B _____, rhumatologue, lequel aurait confirmé le diagnostic (pas de rapport écrit à disposition).

L'apparition d'une sensation de paralysie et d'endormissement de l'hémicorps droit a motivé une consultation chez la Doctoresse C _____, neurologue. Dans son rapport du 11 février 1999, celle-ci a considéré que les plaintes de la patiente étaient à mettre en relation avec la fibromyalgie et non avec une pathologie neurologique sous-jacente.

Le 11 mars 1999, la patiente a été adressée à la consultation externe de rhumatologie à l'hôpital cantonal. Le diagnostic retenu a à nouveau été celui de fibromyalgie, décrite comme sévèrement handicapante. La patiente a été encouragée à reprendre son activité professionnelle à mi-temps, mais des craintes quant à sa réalisation ont d'emblée été émises, en raison de la péjoration de la symptomatologie constamment rapportée suite aux sollicitations imposées par son travail (rapport du 16 mars 1999).

Le 22 mars 1999, l'assurée a formé une demande de prestations d'assurance-invalidité en vue de l'obtention d'un reclassement dans une nouvelle profession.

Dans son rapport du 28 avril 1999 adressé à l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), le Docteur A _____ a posé les diagnostics suivants : fibromyalgie sévère à prédominance droite ayant débuté en 1993, suspicion de périarthrite scapulo-humérale associée, état anxio-dépressif, allergie oculo-nasale saisonnière et obésité. Il a attesté une incapacité de travail dans la profession et préconisé des mesures professionnelles, l'activité adaptée à l'invalidité devant consister en un travail manuel, prévoyant l'alternance des positions, sans port d'objets lourds. Il a relevé que des poussées hyperalgiques fréquentes pouvaient exercer une influence sur la formation professionnelle.

Dans son rapport intermédiaire du 4 août 1999, le même médecin a confirmé une incapacité totale de travail dans la profession dès le 14 avril 1999, ce pour une durée indéterminée. Il a fait état d'une évolution cyclique avec poussées douloureuses parfois sévères, la dernière ayant entraîné une parésie de l'hémicorps droit avec chute à terre, et l'apparition d'un nodule avec forte douleur au niveau du 3^{ème} orteil du pied gauche. Il a recommandé un changement de poste. Selon le médecin, en dehors des poussées de fibromyalgie dont la fréquence est variable et imprévisible (accentuation avec le travail et le stress), la capacité de travail pourrait être évaluée à 50%.

En septembre 1999, l'intéressée a été évaluée par les psychologues de la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI. Il ressort de leur rapport que l'assurée a traversé une phase très douloureuse en juillet 1999, date à laquelle elle ne s'estimait pas capable d'assumer un quelconque travail. Elle a déclaré aller mieux et vouloir reprendre une activité professionnelle. A cet égard, elle a exprimé le souhait de travailler comme nettoyeuse à l'hôpital (pousser un chariot sur roulettes, passer la serpillière), activité qu'elle considère comme légère. Les spécialistes ont proposé un stage d'observation au Centre d'observation professionnel de l'AI (ci-après le COPAI), ce afin d'obtenir une évaluation de la capacité de travail de l'assurée et de sa motivation ainsi que des indications sur les positions tolérées et les activités professionnelles envisageables.

Ce stage a eu lieu du 27 septembre 1999 au 14 novembre 1999. Il comportait une période de bilan et une période de stage en entreprise. Ce dernier stage a été interrompu 5 jours avant la

fin pour cause de maladie. Il s'agissait d'un stage d'aide de cuisine, le travail consistant en nettoyage, préparation de légumes et vaisselle. A la fin du stage, le rendement de l'assurée a été évalué entre 80 et 90 %. Il est précisé que la patiente ne s'est jamais plainte de la position debout, et qu'elle a montré beaucoup d'intérêt pour ce travail, étant bien intégrée dans l'équipe. Au terme du stage, il a été conclu à la possibilité de réintégrer l'assurée à plein temps et à plein rendement, ce après une période de réentraînement à l'effort de six mois (3 mois à mi-temps, suivis de 3 mois à plein temps). Les professions / activités suivantes ont été retenues (légères sans port de charges) : ouvrière d'usine, travaux de contrôle et employée d'épicerie. Le réentraînement à l'effort devait permettre à l'assurée de reprendre des habitudes professionnelles et favoriser par l'activité physique l'atténuation de ses douleurs. Il devait également mettre en évidence l'influence des absences possibles dues à la pathologie sur une activité professionnelle dans le circuit économique normal (rapport du 3 janvier 2000).

Le Docteur D _____, médecin consultant du COPAI, a estimé que l'examen physique était compatible avec le diagnostic. Selon lui, l'assurée pourrait tout à fait exercer une activité professionnelle adaptée à plein temps et à plein rendement. Il a relevé en outre l'attitude très particulière de la patiente, consistant à insister sur ses diverses douleurs somatiques de façon presque caricaturale et un dynamisme intense, sans aucune économie de mouvements. Dans ce contexte, il a estimé que l'assurée devait apprendre à se maîtriser et à doser ses efforts, afin de ne pas provoquer des arrêts de travail brutaux, obstacles majeurs à l'idée d'un engagement professionnel (rapport du 19 décembre 1999).

La division de réadaptation professionnelle a procédé au calcul du taux d'invalidité, en comparant le salaire d'invalidité déterminant, comme ouvrière d'usine et comme employée de vente, pour un taux d'activité de 62,5% au salaire qu'elle aurait pu réaliser sans handicap en 1999. Le taux d'invalidité se monte ainsi respectivement à 11 et 12 %. Dans les deux cas, la capacité de gain est donc restaurée. Une enquête ménagère a été requise.

Le 31 janvier 2000, l'intéressée a commencé un stage de réentraînement à l'effort de six mois au centre d'intégration professionnelle (CIP). Elle a toutefois interrompu ce stage à la fin du premier jour. Il ressort en effet du rapport de stage du 16 février 2000 que l'assurée ne semblait pas prête à s'investir dans la démarche proposée. Elle a d'emblée déclaré se sentir mal dans l'atelier (présence exclusive d'hommes) et, malgré le travail très léger de conditionnement, permettant l'alternance des positions, elle s'est montrée très plaintive. Elle n'a eu qu'un très faible rendement (30%), qui, selon les maîtres de réadaptation, n'était toutefois pas représentatif de son réel potentiel. L'incapacité de travail de l'assurée, d'une durée indéterminée, a été attestée par un certificat médical du Docteur A _____, daté du 2 février 2000, dans lequel il a été relevé que le stage était incompatible avec son état.

Au vu des discordances entre l'avis du médecin traitant et les capacités d'apprentissage dont l'assurée a fait preuve lors de son stage au COPAI, l'OCAI a confié une expertise médicale au Centre d'observation médicale de l'AI (ci-après le COMAI), à Lausanne. Dans leur rapport du 16 octobre 2001, les experts ont fait état d'un trouble somatoforme douloureux persistant, pour lequel ils ont retenu 15 points douloureux à la palpation, en tant que diagnostic avec influence essentielle sur la capacité de travail, ainsi que d'une rhinite allergique, d'antécédents d'épisodes dépressifs en rémission et actuellement sous traitement et d'une obésité, en tant que diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail. Le Docteur E _____, psychiatre consultant, considérant que la présence d'antécédents dépressifs constitue un facteur de fragilisation supplémentaire, a reconnu une capacité de travail diminuée, dont la part psychiatrique pouvait compter pour 50%. Lors du colloque

multidisciplinaire du COMAI, les experts ont retenu que du point de vue global, eu égard aux données rhumatologiques, psychiatriques et psychosociales, la capacité de travail de l'assurée dans un emploi de manutention lourde s'élevait à 30%, alors que dans un travail adapté, de manutention légère, elle pouvait être estimée à 70%. Ce dernier taux a également été retenu dans une activité de ménagère. Il a par ailleurs été relevé que les métiers décrits par le COPAI étaient compatibles avec l'état de santé de l'assurée. A l'appui de leurs conclusions, ils ont relevé ce qui suit : « Effectivement, il faut relever que Mme D _____ a montré qu'elle pouvait effectuer un travail relativement lourd pendant plusieurs années, avec arrêt de travail seulement à la fin. De plus, lors de son stage au COPAI, son rendement a été estimé tout à fait satisfaisant, et les certificats attestent du plaisir de la patiente ainsi que de sa volonté de travailler. Mme D _____ nous a également fait part de son envie de travailler, notamment dans des activités de cuisine, bien qu'elle émette d'emblée certaines restrictions. Les raisons exactes pour lesquelles la réadaptation professionnelle de Mme D _____ a été brusquement arrêtée ne nous sont pas entièrement connues. Nous estimons cependant que ces mesures méritent d'être poursuivies afin de réintégrer la patiente dans un circuit professionnel. Effectivement, nous avons l'impression que Mme D _____ possède encore des ressources, à savoir bonne cohésion familiale, soutien de ses filles et de son mari, âge jeune, probable capacité de cuisinière. De ce fait, nous nous éloignons de l'avis de notre consultant en psychiatrie, considérant qu'il subsiste de bonnes ressources chez Mme D _____ ».

Par décision du 24 mai 2002, l'OCAI a refusé à l'assurée tout droit à des mesures professionnelles, niant le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux, en tant qu'il n'était pas associé à une pathologie psychiatrique.

Le 27 juin 2002, l'assurée a interjeté recours contre la décision précitée, concluant, principalement, à ce qu'il lui soit octroyé une rente d'invalidité entière et, subsidiairement, à ce qu'il soit ordonné une nouvelle expertise psychiatrique. Elle s'appuyait en particulier sur les constatations du Docteur E _____ et sur le rapport du Docteur B _____ du 8 octobre 2002, annexé en complément au recours. Ce dernier attestait en effet d'une incapacité de travail d'au moins 70%, justifiée, selon lui, par le fait qu'une fibromyalgie présente toujours une composante psychiatrique. Il a de ce fait jugé nécessaire qu'il soit procédé à une nouvelle expertise psychiatrique.

Dans son préavis du 28 août 2002, l'OCAI a conclu au rejet du recours, en se prévalant du fait que le trouble somatoforme douloureux (ou fibromyalgie) dont souffrait la recourante n'était pas associé à une comorbidité psychiatrique grave.

Dans ses observations du 18 octobre 2002, la recourante a déclaré persister intégralement dans les termes et conclusions de son recours, rappelant les avis du Docteur E _____ et du Docteur B _____.

Dans sa duplique du 11 novembre 2002, l'OCAI a relevé que les arguments soulevés par la recourante ne lui permettaient pas de faire une appréciation différente du cas.

En annexe à son écriture du 16 avril 2003, la recourante a produit un avis de sortie du 19 janvier 2003 de la Division des urgences médicales chirurgicales de l'établissement hospitalier. Elle s'est également appuyée sur un rapport du 26 février 2003 du Docteur F _____, psychiatre, dont il ressort que la situation est bloquée. Ce médecin a ainsi

déclaré rejoindre l'avis du Docteur E _____, en ce qu'il reconnaissait à sa patiente « une capacité de travail diminuée dont la part psychiatrique peut compter pour 50% ».

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 1^{er} 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 assesseur à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux assesseurs.

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 notamment (cf. article 56 V LOJ). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après 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 fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après LAI) et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.

3. Déposé dans la forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable, en vertu des articles 69 LAI, et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (ci-après LAVS).

4. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité au sens de la présente loi est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'alinéa 2 de cette disposition précise que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Le droit à la rente est déterminé par l'art. 28 al. 1 LAI qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 pour cent au moins. La rente est entière pour une invalidité de 66 2/3% au moins, une demi-rente est accordée pour une invalidité de 50% au moins et un quart de rente pour une invalidité de 40% au moins, en vertu du deuxième alinéa.

Dans l'assurance-invalidité, il est possible de fixer les faits médicaux déterminants sur le plan juridique en recourant aux rapports demandés par l'office de l'assurance-invalidité aux médecins traitants, aux expertises de spécialistes extérieurs et aux examens pratiqués par les centres d'observation créés à cet effet (art. 69 al. 2 et 72^{bis} RAI ; VSI 1997 p. 318).

Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF [125 V 261](#) consid. 4 ; 115 V 134 consid. 2 ; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 15). Le droit fédéral ne fixe aucune prescription sur la manière d'apprécier les moyens de preuve, le principe de la libre appréciation des preuves s'appliquant en matière de procédure administrative.

Selon ce principe, les organismes d'assurance et les juges apprécient librement les preuves, ce qui signifie, s'agissant de la procédure de recours, que le juge des assurances sociales doit examiner objectivement tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les pièces à sa disposition permettent de porter un jugement sur le droit litigieux. S'il se trouve en présence de rapports médicaux contradictoires, il ne peut pas liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble du matériel probatoire et indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une thèse médicale et non pas sur une autre (ATFA du 31 juillet 1997 ; VSI 1997 p. 319).

D'après une jurisprudence constante, l'administration est tenue, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises 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](#) consid. 3b/bb ; [122 V 161](#) consid. 1c et les références).

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 que les conclusions du médecin soient bien motivées (ATF [122 V 160](#) et les références).

Enfin, lorsqu'il apprécie des rapports établis par les médecins traitants, 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF [125 V 353](#) consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995 p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

5. Les atteintes à la santé psychique susceptibles de provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI comprennent, en plus des maladies mentales proprement dites, les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. Ne peuvent cependant être prises en considération les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, ce qu'il convient de déterminer aussi objectivement que possible. Ainsi, il y a lieu d'établir si et dans quelle mesure un assuré peut, en dépit de son infirmité mentale, exercer une activité sur un marché équilibré du travail, compte tenu de ses aptitudes. Il convient dès lors d'examiner si la mise à profit de la capacité de travail peut encore être raisonnablement exigée de l'assuré et/ou si elle serait insupportable pour la société, indépendamment du fait que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante (ATF [102 V 165](#) ; VSI 2001, p.224 consid. 2 b). Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, (ATF [127 V 294](#)). Il est nécessaire de mettre en évidence dans chaque cas un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail et de gain de manière importante.

Les troubles somatoformes douloureux entrent dans la catégorie des affections psychiques.

6. Pour l'évaluation de l'incapacité de travail résultant de troubles somatoformes douloureux ou d'une fibromyalgie, une expertise psychiatrique est en principe nécessaire, expertise qui doit répondre aux critères établis par le TFA (VSI 2000 p. 154 ss.). L'expert doit poser, sur le plan psychiatrique, un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur le degré de gravité de l'affection, ainsi qu'évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assurée d'une activité lucrative. Dans son pronostic, il devra tenir compte d'une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, d'une comorbidité psychiatrique, des affections corporelles chroniques, d'une perte d'intégration sociale, d'un éventuel profit tiré de la maladie, du caractère chronique de celle-ci sans rémission durable, d'une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution et de l'échec de traitements conformes aux règles de l'art. Le pronostic pour une reprise du travail est défavorable, lorsque les critères précités sont cumulés. L'expert doit également s'exprimer sur le cadre psychosocial de la personne examinée. Les critères suivants peuvent fonder un refus de rente : 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, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de leurs handicaps malgré un environnement psychosocial intact (VSI 2000 p.155).

Récemment, le TFA a précisé par ailleurs que le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux ne présupposait pas une comorbidité grave et que ce critère, certes important, ne constituait qu'un critère parmi d'autres pour évaluer la situation médicale (ATF non publié I 783/01 du 8 août 2002 et I 275/01 du 6 mai 2002).

7. En l'occurrence, l'expertise du COMAI est le fruit d'exams complets ; elle prend en considération les plaintes de l'assurée, comporte une anamnèse détaillée et aboutit à des conclusions claires et motivées.

Selon la jurisprudence du TFA, 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 spécialistes s'exprimant dans leur seul domaine. En effet, l'expertise pluridisciplinaire, qui prend en compte l'ensemble des différents troubles présentés par le patient et leurs interférences possibles, paraît la plus appropriée à la détermination objective de la capacité de travail dans une activité exigible (ATFA non publié I 50/03 du 6 août 2003).

Le consilium du COMAI s'est écarté de l'avis du consultant en psychiatrie, selon lequel il y avait lieu de retenir une incapacité de travail de 50% en raison d'antécédents dépressifs considérés comme un facteur de fragilisation. Il a considéré en effet que la patiente avait encore de bonnes ressources, à savoir une bonne cohésion familiale, le soutien de ses filles et de son mari, un âge jeune et une probable capacité de cuisinière. Le collège des experts a en outre relevé que le stage suivi par cette dernière au COPAI s'était révélé tout à fait positif, son rendement ayant été jugé satisfaisant. Il se basait sur les certificats établis par le COPAI à l'issue du stage, d'après lesquels il était apparu que l'assurée y avait pris part avec plaisir et qu'elle avait du reste exprimé son désir de travailler, notamment dans des activités de cuisine. D'après les experts, les autres métiers retenus par le COPAI semblaient également adaptés à l'état de santé de l'assurée.

Plusieurs critères dont le cumul permettrait d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux conformément à la jurisprudence, font en l'occurrence défaut. On constate ainsi, à teneur de l'expertise pluridisciplinaire du COMAI, que la structure de la personnalité de la recourante ne présente pas de traits prémorbides et qu'il n'existe chez elle aucune comorbidité psychiatrique. Certes, le Docteur E _____ a relevé que l'assurée avait souffert de dépression, ce qui constituait, d'après lui, un facteur de fragilisation supplémentaire. Il a ainsi conclu qu'il se justifiait de légitimer la patiente dans sa symptomatologie douloureuse, en lui reconnaissant une incapacité de travail de 50%. Toutefois, il ne se justifie pas véritablement de prendre en compte ce critère pour le simple motif qu'il s'agit d'« antécédents dépressifs en rémission actuelle », soit, par définition, de troubles qui ont cessé d'exister. Il n'explique pas non plus en quoi ce critère s'est manifesté avec un minimum d'intensité. Qui plus est, quand bien même il devait être admis que la dépression dont a souffert l'assurée a véritablement présenté une sévérité suffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, l'expert psychiatre ne donne aucun élément permettant d'inférer de cet état de fait passé que le pronostic pour une reprise du travail serait défavorable. A cela, il convient d'ajouter que l'assurée ne présente pas de trouble de la personnalité, que l'anamnèse psychosociale ne fait pas état d'une perte d'intégration et qu'elle bénéficie d'une bonne cohésion familiale. D'une manière générale, il a été relevé qu'elle bénéficie de bonnes ressources, eu égard au soutien de ses filles et de son mari, à son jeune âge et à sa probable capacité de cuisinière. Les experts considèrent du reste, sur la base des rapports de stage COPAI faisant état du bon rendement de la recourante ainsi que de sa volonté de travailler, que le pronostic quant à la capacité de travail de la recourante devrait être plutôt bon, même s'ils ont également émis quelques réserves, en raison de la probable ambivalence de la patiente – déclare vouloir travailler mais pense que ses douleurs et ses allergies rendent ceci extrêmement difficiles –, d'antécédents d'épisode dépressif et de la mise en avant d'une fatigue importante.

Le critère de la chronicité et de la durée des douleurs, qui serait susceptible de fonder un pronostic défavorable à propos de l'exigibilité d'une reprise de l'activité professionnelle, apparaît certes réalisé ; toutefois, il n'est à lui seul pas suffisant au regard de la jurisprudence pour justifier une invalidité.

Si les avis des experts sont bien motivés et reposent sur une analyse du dossier complet, la pertinence de leurs propos n'apparaît pas coïncider avec leur conclusion finale, s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée. En effet, ils ne donnent aucune explication convaincante, sur la base de laquelle il faudrait inférer que la capacité de travail de la recourante ne serait pas entière dans une activité adaptée, malgré ses douleurs, mais seulement de 30%. Bien au contraire, l'analyse détaillée du rapport du COMAI lui-même révèle que le trouble somatoforme douloureux dont souffre la recourante ne présente pas le caractère de gravité requis par la jurisprudence pour admettre une invalidité.

Qui plus est, ce constat est confirmé par les conclusions du COPAI ainsi que par celles émises à l'issue du stage de réentraînement. En effet, l'évaluation des capacités professionnelles de l'assurée opérée dans le cadre du stage du COPAI a révélé la possibilité de réintégrer l'assurée dans le circuit du travail à plein temps et à plein rendement dans une activité légère, moyennant une période de réentraînement à l'effort. Quant au stage de réentraînement, s'il s'est avéré être un échec – la recourante l'ayant interrompu à la fin du premier jour – il semble que ce dernier ait été motivé par des circonstances extérieures à sa capacité réelle de travail. Elle avait en effet d'emblée déclaré se sentir mal dans l'atelier – présence exclusive d'hommes – et s'était montrée très plaintive, malgré le travail très léger de conditionnement,

permettant l'alternance des positions. Il a du reste été conclu que le rendement mesuré n'était pas représentatif de son réel potentiel.

8. Quoi qu'il en soit, même si l'on devait admettre chez l'assurée une incapacité de travail de 30%, comme le soutient le COMAI dans ses conclusions, il n'en résulterait pas de perte de gain substantielle ouvrant le droit à une rente d'invalidité, comme le démontre le calcul qui suit.

L'art. 27 RAI précise que l'invalidité des assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative au sens de l'art. 5 al. 1 LAI, est évaluée en fonction de l'empêchement d'accomplir leurs travaux habituels. Selon l'art. 27 al. 2 RAI, par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, on entend l'activité usuelle dans le ménage et l'éducation des enfants. En vertu de l'art. 27bis al. 1 RAI, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon l'art. 28 al. 2 LAI. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels au sens de l'art. 5 al. 1 LAI, l'invalidité est fixée selon l'art. 27 RAI pour cette activité. Dans ce cas, il faudra déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le taux d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). Le calcul est le suivant :

E = travail fourni par les assurés en tant que personnes non invalides exerçant une activité lucrative en heures par semaine

IE = handicap rencontré en tant que personne exerçant une activité lucrative en pour cent

EZ = durée de travail normale des personnes exerçant une activité lucrative à plein temps dans la branche concernée, en heures par semaine

H = handicap rencontré dans le ménage en pour cent.

Sachant que, selon le COMAI, le taux d'incapacité de l'assurée dans une activité de ménagère est également de 30%, le calcul à effectuer est celui-ci :

$$25 \times 30 + ([40-25] \times 30) / 40 = 30\%$$

taux n'ouvrant droit à aucune rente d'invalidité.

9. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

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 :

Marie-Louise QUELOZ

La Présidente :

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Elisa COACCI

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