RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1771/2002-2-AI **ATAS/358/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

2ème chambre

du mardi 18 mai 2004

En la cause

Madame G_____ Recourante

contre

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

Siégeant : Mme Isabelle DUBOIS, Présidente, Mmes Doris WANGELER et Karine STECK, juges,.

EN FAIT

1. Madame Maria G_____ (ci-après la recourante), née en 1969, a été employée de maison auprès établissement hospitalier dès 1993, puis concierge depuis 1995.

   Elle a formé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en mars 1999 en vue de l'octroi d'une rente pour « affection médicale ».

   Par décision du 25 juillet 2001, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) a refusé toute prestation. Cependant, sur recours l'ancienne autorité compétente a annulé cette décision, par jugement du 9 novembre 2001. L'OCAI était invitée à faire traduire l'expertise psychiatrique effectuée en langue allemande, à instruire d'avantage l'affaire et à rendre une nouvelle décision.

2. Par décision du 7 mars 2002 l'OCAI a refusé toute prestation à la recourante. Le trouble somatoforme douloureux n'étant pas accompagné de trouble psychique limitant sa capacité de travail, il n'est pas invalidant au sens de l'assurance-invalidité.

3. Dans son recours du 22 avril 2002, la recourante conclut à ce qu'un taux d'incapacité de travail de 50% soit retenu du 1er mars 1998 au 2 février 1999, puis un taux d'incapacité de 100% et l'octroi d'une rente entière. Elle s'appuie sur l'expertise du COMAI dont les conclusions sont claires selon elle, confirmées par le Dr A qui fait état d'une fibromyalgie. Elle conteste l'expertise psychiatrique effectuée par le Dr B en langue allemande. Subsidiairement elle conclut à ce qu'une nouvelle expertise psychiatrique soit ordonnée.

4. Dans son préavis du 24 juin 2002 l'OCAI renvoie uniquement aux termes de sa décision et conclut au rejet du recours.

5. Dans sa réponse du 8 juillet 2002 la recourante persiste dans ses conclusions. Elle constate que l'OCAI n'a tenu aucun compte des arguments développés par les différents médecins du COMAI ainsi que par le Dr A, alors qu'elle souffre indubitablement d'une fibromyalgie invalidante.

6. Par réplique du 13 septembre 2002, l'OCAI considère que les critiques émises à l'encontre du rapport d'expertise du Dr B sont infondées dans la mesure où ce rapport est complet, que ses conclusions sont parfaitement motivées et emportent la conviction. L'expert, bien qu'ayant rédigé son rapport en langue

allemande, comprend parfaitement les patients qu'il reçoit et lit couramment le français.

7. Figurent au dossier notamment les documents suivants :

- Un rapport médical du Dr A, rhumatologue, du mois de mars 1999 : l'incapacité de travail est de 50% de mars 1998 au 2 février 1999 et de 100% depuis le 3 février 1999. Le diagnostic est fibromyalgie et état dépressif. L'évolution est mauvaise. La prise en charge sera longue et imprévisible.

- Un rapport complémentaire de ce médecin, de juin 1999, qui répond à quelques questions précises de l'OCAI : la recourante n'est pas suivie par un psychiatre. L'emploi idéal serait un emploi de bureau mais la formation manque. Il y a mauvaise gestion du stress et sumenage. Une diminution de l'activité provoquerait une baisse d'environ 50% des symptômes. Dans une autre profession l'incapacité de travail est de 50% si elle peut changer fréquemment de position.

- Un rapport du COMAI du 19 mai 2002 : le diagnostic est troubles du sommeil non spécifiés et syndrome douloureux somatoforme persistant de type fibromyalgie, troubles statiques modérés du rachis et statuts après possible dépression post-partum en 1996. L'expert psychiatre ne relève pas de trouble grave de la personnalité ni, actuellement, de trouble anxieux ou d'état dépressif. Il relève toutefois une notion anamnestique de dépression améliorée et actuellement compensée par traitement et soutien médical. 17 points douloureux sont relevés. Les experts concluent à une capacité de travail de 30% dans l'activité d'employée de maison et de 50% dans une activité de type manutention légère. Quant au pronostic ils relèvent que la naissance prochaine d'un 2ème enfant est une situation à risque chez une femme ayant présenté une dépression post-partum. Le traitement de seropram doit être poursuivi de même qu'un soutien psycho-social. Les experts répondent non à la question de savoir si le surmenage est un élément prépondérant. Le stress de la naissance du 1er enfant paraît être à l'origine des problèmes de santé. La situation psychique est difficile à apprécier en raison du fait que la recourante est sous traitement de seropram.

- Un complément du COMAI, de juin 2000 en réponse à une question du Dr C. En résumé les experts considèrent avoir explicité les aspects somatiques et psychiatriques du cas en concluant à l'existence d'un syndrome douloureux chronique sous forme de fibromyalgie. S'il n'y a pas comorbidité psychiatrique ils refusent que l'on parle d'un statut psychiatrique quasi inexistant dans la mesure où les experts ont précisément relevé des éléments significatifs permettant de conclure à un TSD. Il s'agit incontestablement d'une affection médicale reconnue par l'OMS (CIM-10 et DSM-IV).

- Une expertise du Dr B en langue allemande, du mois de mars 2001, et sa traduction du février 2002 : l'expert diagnostique une réaction dépressive prolongée. La capacité de travail de l'assurée n'est pas limitée par les troubles psychiques, plutôt peu marqués. Le pronostic du point de vue psychiatrique est bon. Une situation socioculturelle défavorable limite la capacité de travail sans être une maladie. Le diagnostic de TSD peut être écarté, en raison de l'absence d'état manifeste de mauvaise humeur de d'anxiété.
- Un courrier du Dr A, rhumatologue, du 25 février 2002 : ce médecin fait suite à la traduction de l'expertise, traduction qu'il juge « pas bien fameuse ». Il constate que le Dr B a reconnu l'état dépressif de la patiente puisqu'il note comme diagnostic réaction dépressive prolongée. En cas de fibromyalgie, il existe toujours un état dépressif. Cette maladie est due à des réactions pathologiques et des états répétés de stress grave. Il rappelle que dans un contexte de fibromyalgie il faut poser précisément les questions et que, dans sa pratique, il a vu des dizaines de patients qui n'ont jamais dit à un psychiatre qu'ils avaient été battus ou abusés, la question ne leur ayant jamais été posée. Il confirme ne pas changer son diagnostic ni son interprétation.

8. La cause a été transmise d'office au Tribunal de céans, au 1er août 2003. Suite à une 1ère audience de comparution des mandataires, du 25 novembre 2003, le Tribunal a rendu une ordonnance le 1er décembre 2003, ouvrant les enquêtes et ordonnant l'audition du Dr B.

   Cette audition a eu lieu lors de l'audience du 21 janvier 2004, en présence des parties, de l'avocat de la recourante ainsi que du Dr C de l'OCAI, dûment convoqué. Le Dr B a indiqué être bilingue, pratiquer régulièrement des expertises en langue française, cas dans lesquels il rend en principe son rapport en français. A la question de savoir s'il est usuel de procéder à une seule consultation pour établir l'expertise, il a répondu que cela dépendait des actes d'instruction figurant au dossier. En l'occurrence vu l'expertise du COMAI, il a jugé qu'une seule consultation suffisait. Il a confirmé que dans le cas d'une expertise psychiatrique chaque terme est important et que le choix d'un mot plutôt que d'un autre pouvait être important également. Il a confirmé ne pas avoir constaté de trait prémorbide ni de comorbidité psychiatrique. S'agissant du médicament seropram, pris par la recourante, l'expert a indiqué qu'il avait deux effets, l'un antidépressif l'autre antidouleur, et qu'il était donc prescrit en cas de dépression forte comme en cas de certains cancers. Le Dr C a alors précisé que le dosage du seropram pouvait être très variable et également être prescrit à petites doses pour des dépressions légères ou troubles du sommeil. En l'espèce un comprimé de 20mg par jour est prescrit pour une dépression pas forte selon le Dr B. Il a confirmé que quelqu'un de dépressif qui souffre de troubles de l'humeur ou d'anxiété et qui prend du seropram verra ses effets

diminuer de sorte qu'à l'expertise, il est possible que l'on ne détecte pas ces troubles. En cas de graves troubles de la personnalité, ils sont détectés malgré la prise de seropram. Dans le cas de la recourante la réaction dépressive est dite modérément marquée, ce qui signifie qu'elle est faible et parfois inexistante. Il pense en effet que le seropram y est pour quelque chose. Il considère que les échanges entre la recourante et lui ont été bons, mais que celle-ci a un a priori contre la psychiatrie. Il n'y a rien du côté psychiatrique chez la recourante mais il ne peut pas exclure que quelque chose existe dont il n'aurait pas eu connaissance. Il dit encore ne pas avoir eu de raisons particulières pour ne pas avoir traduit cette expertise en français.

9. L'audience s'est poursuivie par l'audition des parties. A son issue il a été décidé de procéder à l'audition du Dr A.

Cette audience d'enquêtes s'est tenue en date du 2 mars 2004. Le Dr A, médecin spécialiste en rhumatologie, a confirmé l'ensemble de ses rapports et écritures. Il a précisé que pour poser le diagnostic de fibromyalgie il faut l'existence de trois éléments ; premièrement il faut compter treize à quatorze points douloureux sur dix-huit selon la société américaine de rhumatologie en l'occurrence il en avait noté quinze ; deuxièmement il faut s'assurer qu'il n'y a pas d'autre pathologie rhumatismale ou autre ; troisièmement une raison d'ordre psychologique grave est à l'origine des douleurs, tel un stress majeur. En cas de fibromyalgie la capacité de travail peut varier selon les individus et selon leur activité lucrative. En cas de travail de bureau, la capacité de travail peut varier selon les cas entre 50 et 100% tandis qu'elle peut être nulle en cas de travail lourd ou pénible. L'expert a précisé que la fibromyalgie est une maladie grave, assez rare, et que souvent le diagnostic de fibromyalgie était posé à tort. Des études montrent que cette maladie provient d'un dysfonctionnement du cerveau, plus particulièrement du centre de la douleur du cerveau. Dans beaucoup de cas il existe un passé lié à la violence. Des troubles du comportement, en particulier de la relation avec les autres et avec soi-même de même que des troubles du sommeil sur plusieurs années semblent être à l'origine du dysfonctionnement du cerveau, lui-même à l'origine des douleurs. Il y a stress majeur chez la recourante. L'un des facteurs de stress est lié à la naissance de son premier enfant. Son expérience de praticien lui fait dire que de longues années sont nécessaires pour mettre au jour les facteurs de stress et pour que le patient arrive à les exprimer. Il a confirmé l'appréciation qu'il avait faite de l'expertise du Dr B et considère qu'on peut passer à côté d'une affection si l'on ne procède pas à une anamnèse axée sur la violence dans le cas des fibromyalgiques. Il est spécialiste en la matière, il reçoit les patients de ses collègues pour confirmation ou infirmation de

leurs diagnostics de fibromyalgie, il travaille pour la Ligue genevoise contre les rhumatismes, et reçoit également des expertises à faire pour les assurances. Il s'est demandé si la recourante avait eu droit à un traducteur pour l'expertise et trouve qu'une durée de 20 à 30 minutes est un temps trop court pour une expertise même sur la base d'un dossier complet. Sur le fond, tous les rhumatologues sont d'accord entre eux mais ils peuvent avoir un avis différent sur la cause de la fibromyalgie, soit rhumatologique, soit psychiatrique.

10. L'audience s'est poursuivie par la comparution des parties, qui ont sollicité un délai pour écritures après enquêtes, ensuite de quoi la cause était gardée à juger.

    Dans ses écriture du 30 mars 2004 l'OCAI reprend ses conclusions, considérant que l'avis du Dr A, qui n'est pas psychiatre, n'est pas susceptible de remettre en cause l'appréciation de l'expert psychiatre. Rien ne permet de s'écarter du rapport de celui-ci. Vérification faite l'expertise n'a pas duré 20 à 30 minutes mais 45 à 50 minutes, ce que confirme par pli le Dr B.

    Dans ses écriture du 8 avril 2004, la recourante conclut à l'annulation de la décision précitée, au constat que le taux d'incapacité de travail est du 50 % du 1er mars 1998 au 2 février 1999 et de 100% à compter du 3 février 1999, à ce qu'une rente d'invalidité conforme aux taux d'incapacité susmentionnés soit octroyée, ainsi qu'à l'octroi de dépens. Elle constate que les conclusions des experts du COMAI sont concordantes avec celles du Dr A. Le diagnostic de fibromyalgie ayant été posé par plusieurs experts, et étant clairement établi, accompagné d'un état dépressif que même l'expert psychiatre reconnait, les conditions à la prise en charge par l'AI sont données. En revanche, les conclusions du Dr B ne peuvent être suivies, car elles sont contradictoires et ses conclusions quant à une capacité de travail totale découle de ce qu'il ne retient pas de fibromyalgie ou de TSD.

11. Après transmission des écritures aux parties en date du 14 avril 2004, le Tribunal de céans a gardé l'affaire à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ ; E 2 05) a été modifiée et a institué dès le 1er 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 loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'AVS et d'AI. lui ont été transmises d'office statue en instance unique notamment sur les litiges et matière d'ssurance-invalidité (cf. article 56V LOJ). La compétence du Tribunal de céans est ainsi établie pour juger du cas d'espèce.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA : RS 830.1) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine des assurances sociales. 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 postérieur à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467, consid. 1, 121 V

3. 836, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité). Le présent litige sera par conséquent examiné à la lumière des dispositions de la loi sur l'assurance-invalidité (ci-après LAI) et de son règlement (ci-après aRAI) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.

4. Interjeté dans les délais et forme légaux, le recours est recevable (art. 69 aLAI; RS 831.20) et 84 de la loi fédérale sur l'assurance vieillesse et survivants (ci-après aLAVS; RS 831.10) en vigueur au 31.12.02.

5. Aux termes de l’art. 4 LAI l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

   Les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage (art. 8 al. 1 LAI). En outre, ils ont droit à un quart de rente lorsque le taux d’invalidité est d’au moins 40%, une demi-rente lorsque le taux d’invalidité est d’au moins 50% et une rente entière lorsque le taux d’invalidité est d’au moins 66 2/3 % (art. 28 al. 1 LAI).

   S’agissant de l’appréciation des preuves par le juge, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a précisé, dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), sa jurisprudence relative à l’appréciation des preuves notamment dans le domaine médical. Il convient de rappeler ici que selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s’applique aussi bien en procédure administrative qu’en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l’art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l’administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu’en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l’affaire sans apprécier l’ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter de l'expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale.

S'agissant du COMAI, selon la jurisprudence fédérale le fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par des relations de service ne permet pas pour ce seul motif de conclure à un manque d'objectivité ou d'impartialité de sa part. Il faut qu'il existe des circonstances particulières qui justifient objectivement la méfiance de l'assuré pour ce qui est de l'impartialité de l'appréciation. Le TFA a ainsi jugé que l'indépendance et l'impartialité des médecins du COMAI étaient garanties déjà avant l'entrée en vigueur de leur nouveau statut du 1er juin 1994 (ATF 123 V 175 ; cf. également RAMA 1999 n° U 332 p. 193). De même, il a statué qu'en matière d'assurance-accidents, l'administration et le juge des assurances sociales pouvaient, sous certaines réserves, se prononcer sur la base d'expertises réalisées par des médecins liés à l'institution d'assurance (ATF 122 V 157).

Enfin, s'agissant de fybromyalgie ou de TSD, selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc ; RSAS 1997 p. 75;; RAMA 1996 n° U 256 pp. 217 ss consid. 5 et 6). 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 consid. 4b).

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 le degré de gravité de l'affection. Il doit évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assuré d'une activité lucrative. Ce pronostic tiendra compte de divers critères, tels une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, une comorbidité psychiatrique, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale, un éventuel profit tiré de la maladie, le caractère chronique de celle-ci sans rémission durable, une durée de plusieurs années de la maladie avec des

symptômes stables ou en évolution, l'échec de traitements conformes aux règles de l'art. Le cumul des critères précités fonde un pronostic défavorable. Enfin, l'expert doit s'exprimer sur le cadre psychosocial de la personne examinée. Au demeurant, la recommandation de refus d'une rente doit également reposer sur différents critères. Au nombre de ceux-ci figurent la divergence entre les douleurs

décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (Mosimann, Somatoform Störungen : Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, RSAS 1999, p. 1 ss et 105 ss ; VSI 2000 p. 155 consid. 2c).

5. En l'espèce, le Tribunal de céans fait les constatations suivantes : premièrement, le rapport du COMAI a toute valeur probante. Il est en effet très complet, très motivé et même complété par une écriture ultérieure, le médecin-conseil de l'AI ayant mis en doute les conclusions des experts. Les conclusions du COMAI emportent donc la conviction et, a priori, il n'y a aucune raison de s'en écarter.

Deuxièmement, les rapports du médecin traitant mais également spécialiste en fibromyalgie qu'est le DR A, sont concordants avec les résultats du COMAI. Là encore les rapports médicaux ont pleine valeur probante et ont été de façon très complète motivés par l'audition du Dr A par le Tribunal de céans.

Troisièmement, s'agissant de l'expertise du Dr B, il y a lieu de l'examiner en relation avec le procès-verbal de l'audition de cet expert par le Tribunal de céans, qui la complète. En tant que cet expert reconnaît une pleine capacité de travail à la recourante, force est de constater que l'expertise n'est pas convaincante. Elle est relativement sommaire et sa conclusion semble reposer uniquement sur l'absence de trouble psychiatrique. Mais cette expertise n'est pas forcément contradictoire par rapport aux documents susmentionnés. Il en résulte, en effet, principalement que la recourante n'a pas d'affection psychiatrique grave. L'expert en déduit qu'il n'y a aucune incapacité de travail. Cependant sur question, l'expert a admis, d'une part, que la prise de seropram pouvait faire disparaître les symptômes de l'état dépressif de la recourante, d'autre part, qu'elle souffrait d'une réaction dépressive. C'est donc comme si l'expert avait fait une analyse correcte de la situation mais en avait tiré des conclusions fausses en termes de capacité de travail, ou, en tous cas, limitées au constat de l'absence de toute affection psychiatrique grave.

On peut donc conclure de ce qui précède qu'il y a chez la recourante une fibromyalgie parfaitement établie avec quinze points sur dix-huit selon le Dr A et dix-sept points sur dix-huit lors de l'examen par le COMAI (un an plus tard). Il y a également un état dépressif reconnu par l'expert psychiatre lui-même, précisé par le Dr A, et déjà soupçonné par le COMAI. Il n'y a aucun des éléments susceptibles de justifier le refus d'une rente selon la jurisprudence du Tribunal

fédéral des assurances susmentionnée puisque la recourante n'est pas démonstrative, n'a pas des plaintes divergentes du comportement observé, n'allègue pas d'intenses douleurs aux caractéristiques restant vague, demande effectivement des soins, ne fournit pas des informations qui divergent de celles ressortant de l'anamnèse, et n'est pas dans un milieu psychosocial intact. La conclusion à en tirer est donc claire : la recourante souffre bel et bien d'une affection invalidante, soit d'une fibromyalgie dénommée également troubles somatoformes douloureux, accompagnée d'un état dépressif, c'est-à-dire d'une comorbidité psychiatrique, dont le TFA a précisé récemment qu'elle devait exister mais n'avait pas besoin d'être qualifié de grave (ATF non publié I 783/01 du 08.08.2002 et I 287/01 du 06.05.2002). En conséquence, la recourante doit être déclarée invalide à raison d'une incapacité de travail de 50% depuis le 1er mars 1998. Telle est en effet la capacité résiduelle de travail retenue par le COMAI, et que les rapports du Dr A ne contredisent pas. S'il a affirmé en effet que sa patiente est totalement incapable de travailler depuis le 3 février 1999, son rapport du mois de juin 1999 indique cependant qu'elle est capable de travailler à raison de 50% dans une autre profession, adaptée. La question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis la décision de l'OCAI contestée ici, soit le 7 mars 2002, doit être laissée ouverte dans la mesure où une aggravation ne pourrait pas être prise en compte ici mais devrait faire l'objet d'une demande de révision.

La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens. Vu l'importance de l'instruction du dossier et les différentes écritures de la recourante, il y a lieu de fixer ces dépens à 2'500 fr.

*****

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. En conséquence annule la décision de l'OCAI du 7 mars 2002.
4. Dit que G_____ est incapable de travailler à raison de 50% depuis le 1er mars 1998.
5. Invite l'OCAI à procéder à la comparaison des revenus et à rendre la décision de rente en découlant.
6. Condamne l'OCAI à verser à la recourante une indemnité fixée à 2'500 fr.
7. Déboute les parties de toutes ou contraires conclusions.
8. 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).

Le greffier:	La Présidente :
Pierre RIES	Isabelle DUBOIS

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