RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2087/2005 **ATAS/33/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 17 janvier 2006

En la cause

Madame L_____, représentée par COLLECTIF DE DEFENSE, Me MASCOTTO Sabina	recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

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

EN FAIT

1. Madame L_____, ressortissante portugaise née le 1er novembre 1959, est arrivée en Suisse en janvier 1994. Elle a travaillé à plein temps en tant que femme de chambre pour l'HOTEL X_____ du 14 mars 1994 au 5 décembre 2000.

2. Dès le 7 décembre 2000, elle a été mise au bénéfice d'indemnités de chômage. L'Office cantonal de l'emploi l'a considérée totalement incapable de travailler depuis le 10 janvier 2001 et lui a donc alloué des prestations cantonales en cas de maladie et maternité (PCMM) dès le 9 février 2001.

3. Le 21 août 2001, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI), visant à l'octroi d'une rente.

4. Dans un rapport du 16 octobre 2001 à l'attention de l'OCAI, le Dr A_____, spécialiste en psychiatrie et médecin traitant de l'assurée, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent dans un épisode d'intensité moyenne et une fibromyalgie. Il a indiqué que le trouble dépressif récurrent avait débuté en été 1998 lorsqu'elle avait appris que son mari lui était infidèle. Elle a souffert d'une grave dépression avec tentative de suicide et a été hospitalisée à Belle-Idée en 2000 pendant quatre semaines. Le 5 décembre 2000, elle a été prise en flagrant délit de vol et a été immédiatement licenciée alors qu'elle venait de recommencer à travailler après une incapacité de travail. Son trouble s'est ensuite aggravé par la découverte que son fils prenait de la drogue de manière épisodique. Le médecin a constaté que l'assurée était très découragée par tous les problèmes qu'elle avait rencontrés et qu'elle se sentait dévalorisée. Il a également fait état d'idées de mort épisodiques ainsi que d'un manque de plaisir dans les activités de la vie quotidienne. Ce spécialiste a noté que plusieurs arrêts de travail avaient été accordés à l'assurée depuis décembre 1998 dont plusieurs mois en 1999. Dès le 10 janvier 2001, l'assurée présentait, selon lui, une incapacité de travail totale ; son état de santé était stationnaire.

   A ce rapport était joint un questionnaire concernant les troubles psychiques dans lequel le Dr A_____ a indiqué que le trouble dépressif de l'assurée n'était pas influencé par des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale. L'incapacité de travail était due uniquement à des affections physiques ou mentales.

5. Pour compléter ces rapports, à la demande du Service médical régional du Léman (SMR Léman), le Dr A_____ a expliqué le 15 décembre 2003 qu'il suivait l'assurée à raison d'une séance de psychothérapie par mois et qu'il ne s'agissait pas d'un trouble dépressif réactionnel à des phénomènes adverses de la vie. Les limitations fonctionnelles de l'assurée du point de vue psychique, à savoir la démotivation, le découragement, la fatigabilité et l'irritabilité l'empêchaient totalement de travailler. Il confirmait ainsi son diagnostic.

6. Le 19 janvier 2004, la Dresse B_____ du SMR Léman a rendu un avis dans lequel elle a relevé l'absence de description par le Dr A_____ des problèmes somatiques de l'assurée. Selon elle, les problèmes psychiques de l'assurée ne semblaient pas aussi importants que le médecin traitant l'affirmait et il était étonnant que les faits établis par l'anamnèse psychique, et qui semblaient indiquer que l'assurée supportait mal les éléments adverses de la vie, mènent à une incapacité totale de travail. Afin de préciser la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assurée, elle a préconisé une expertise pluridisciplinaire mise en œuvre par le Centre d'observation médicale de l'AI (ci après : le COMAI).

7. Dans leur expertise rendue le 11 août 2004 dans le cadre du COMAI, le Dr C_____, spécialiste en rhumatologie, et la Dresse D_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont conclu que l'assurée souffrait au plan somatique de lombalgies communes et de céphalées tensionnelles. Les points algiques douloureux typiques d'une fibromyalgie n'étaient pas présents. Sur le plan psychique, ils ont relevé une dépression post-partum en 1987, une dépression réactionnelle au suicide de sa sœur en 1989 et un épisode dépressif depuis 1998 avec tentative de suicide médicamenteuse en 2000. Ils ont ainsi diagnostiqué un trouble dépressif récurrent dans un épisode léger sans syndrome somatique se manifestant par une humeur dépressive, une tristesse, un découragement, une anxiété, des ruminations avec idées noires et de mort, une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, un manque d'énergie, une diminution de la confiance en soi et des troubles du sommeil. Selon ces experts, l'assurée ne présentait toutefois aucune limitation au niveau physique et psychique, le diagnostic n'ayant aucune répercussion sur sa capacité de travail. Ils ont par ailleurs souligné que l'assurée ne suivait pas correctement son traitement en ne prenant que la moitié de la dose d'antidépresseurs prescrits par son médecin, ce qui avait forcément des effets négatifs sur sa thymie.

8. Suite à une demande de précision du SMR Léman datée du 24 septembre 2004, la Dresse D_____ a repris le dossier de l'assurée le 15 novembre 2004. Elle a souligné que les difficultés de celle-ci semblaient essentiellement dues à des traits dépendants et à une immaturité affective, ainsi qu'à des facteurs sociaux paraissant prédominants dans sa situation. Elle a indiqué que la notion de trouble dépressif récurrent traduisait une fragilité psychique, une difficulté à métaboliser les pertes et les difficultés existentielles. Compte tenu de ces éléments, la spécialiste a estimé la capacité de travail de l'assurée à 70% dans toute activité professionnelle.

9. Dans son rapport d'examen du 17 novembre 2004, la Dresse B_____ a repris les conclusions de la Dresse D_____ et a retenu que l'assurée présentait un trouble dépressif récurrent dans un épisode léger sans syndrome somatique qui ne réduisait sa capacité de travail qu'en raison d'une fragilité psychique. Son incapacité de travail était donc de 30% dans toute activité professionnelle.

10. Par décision du 25 novembre 2004, l'OCAI a rejeté la demande de rente d'invalidité sur la base de l'expertise réalisée par le COMAI, au motif que le degré d'invalidité de l'assurée n'atteignait pas le seuil légal minimum de 40%.

11. Par courrier du 8 décembre 2004, l'assurée s'est opposée à cette décision, faisant valoir que son état de santé ne s'était pas amélioré et qu'elle était par conséquent dans l'impossibilité d'effectuer un travail à 70% ou plus.

12. Par écriture du 10 février 2005, l'assurée a complété son opposition en produisant un courrier du Dr A_____ daté du 31 janvier 2005. Ce médecin a pris connaissance de l'expertise établie par le COMAI et a contesté que sa patiente ne souffrirait que d'un trouble dépressif récurrent dans un épisode d'intensité légère. Il a admis que la description clinique du COMAI était complète mais a considéré que les conclusions de celui-ci n'étaient pas compatibles avec la partie descriptive puisque les conditions posées par la CIM-10 pour diagnostiquer un épisode dépressif moyen étaient remplies dans le cas de l'assurée. Il a également noté que le COMAI avait fait allusion à une fragilité psychique (trouble dépressif récurrent, difficulté à métaboliser les pertes et les difficultés existentielles) mais qu'il n'avait pas mentionné une hérédopathie assez lourde constituée d'une dépendance à l'alcool chez le père et les grands-parents paternels, une dépression chez une des sœurs qui aurait fait deux tentatives de suicide, une dépression chez une autre sœur suicidée par poison en 1989 et une dépression chez un cousin maternel qui aurait également fait une tentative de suicide. Le médecin a ajouté que, compte tenu des traits de la personnalité de l'assurée, il ne voyait pas la nécessité d'intensifier son suivi médical. Un suivi plus centré sur la prise de médicaments était cependant prévu, le manque de compliance de sa patiente au traitement étant en rapport avec son immaturité affective. Il a pour le surplus estimé que l'incapacité de travail de celle-ci était totale en tant que femme de chambre. Toutefois, suite à une légère amélioration clinique de son état de santé intervenue en avril 2004, il a admis qu'elle présenterait une capacité de travail de 40% dans une activité plus légère avec moins de stress, précisant toutefois que son évolution était difficile à prévoir.

13. Le 25 avril 2005, le Dr E_____, médecin-chef adjoint du SMR, s'est prononcé sur l'avis du Dr A_____. Il a indiqué qu'une incapacité de travail de 60% pour le trouble thymique léger à moyen de l'assurée semblait réellement exagérée. Selon lui, les éléments importants de la baisse de la thymie concernaient des troubles réactionnels qui s'amenuisent sous traitement et suivi médical. Leur implication sur la capacité de travail était moindre dans la mesure où il s'agissait principalement de réactions de courte durée n'entraînant pas de modifications majeures dans les activités socio-familiales de l'assurée. Il a également fait remarquer qu'un suivi d'une consultation par mois ne dénotait pas un trouble suffisamment important nécessitant un contrôle rapproché de l'état de la patiente ou un risque d'aggravation aigu. Il a dès lors considéré que l'estimation du médecin traitant ne pouvait pas être retenue et que seule une baisse de rendement de 30%

était attestée ; les arguments de la Dresse D_____ lui semblaient adéquats et suffisants pour ne pas modifier ce taux.

14. Par décision sur opposition du 12 mai 2005, l'OCAI a confirmé sa décision initiale, en se fondant sur l'avis du Dr E_____. Il a indiqué que le Dr A_____, dans sa prise de position du 31 janvier 2005, n'apportait aucun élément susceptible d'écarter les conclusions du rapport d'expertise du COMAI.

15. L'assurée a interjeté recours le 15 juin 2005 contre ladite décision. Elle a expliqué qu'elle souffrait d'un épisode dépressif d'intensité moyenne ce qui, selon la CIM-10, a pour conséquence que « le sujet éprouve des difficultés considérables à poursuivre ses activités usuelles ». A son avis, l'expertise du COMAI contenait d'importantes contradictions entre le diagnostic posé, au demeurant correct, et ses conséquences sur sa capacité de travail. Elle a ainsi relevé un défaut dans le lien de causalité et une catégorisation contestable de l'OCAI entre les motifs de la limitation fonctionnelle de l'assurée puisque, s'il était avéré que les aspects sociaux et personnels étaient présents, il était incontestable que c'était en raison de son état de santé qu'elle était incapable de travailler. Pour toutes ces raisons, l'assurée a sollicité du Tribunal de céans qu'il ordonne une expertise médicale, le COMAI n'étant pas un expert neutre. Elle a de plus demandé qu'un délai complémentaire lui soit accordé pour compléter son recours sur la base d'informations communiquées ultérieurement par le Dr A_____. Elle a enfin conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 5 décembre 2002 et subsidiairement à ce que des mesures d'orientation professionnelle ou une aide au placement lui soit accordées.

16. Le 27 juin 2005, l'assurée a déposé directement auprès de l'OCAI une demande visant à l'obtention de mesures de réadaptation : réorientation professionnelle et/ou aide au placement. Celui-ci l'a informée le 15 juillet 2005 que sa demande ne pouvait être examinée, un recours étant actuellement pendant devant le Tribunal de céans.

17. Dans son préavis du 18 juillet 2005, l'OCAI a proposé le rejet du recours.

18. Par écriture complémentaire du 31 août 2005, l'assurée a produit un rapport du Dr A_____ daté du 20 juin 2005. Ce médecin a indiqué que la limitation du suivi psychothérapeutique à une fois par mois s'expliquait par le fait que l'assurée ne demandait pas à l'intensifier ; une prise en charge plus soutenue ne se justifiait au surplus pas. Il a admis que la compliance de l'assurée au traitement médicamenteux n'avait pas toujours été parfaite, en précisant toutefois qu'il ne l'avait pas vérifiée. Il a quoi qu'il en soit ajouté que l'assurée présentait une réponse de type dépressif à des évènements extérieurs et que ce type de dépression réagissait moins à des traitements biologiques. Selon ce psychiatre, on ne pouvait pas dire si la légère amélioration clinique observée depuis avril 2004 était due au traitement médicamenteux même si l'assurée semblait plus stable du point de vue

psychique ; elle parlait moins de culpabilité et était moins anxieuse. Il a conclu à une capacité de travail de 40% dans une activité pas trop stressante ce qui tenait compte de ses antécédents familiaux qu'il estimait extrêmement lourds et du fait que tous les psychiatres qui avaient examiné l'assurée parlaient d'une fragilité psychique.

L'assurée a en outre indiqué qu'elle s'était adressée à l'Association ARVA afin d'établir un bilan de ses capacités d'adaptation, d'apprentissage, de travail ainsi que de ses capacités physiques, précisant à cet égard que le résultat de l'évaluation était un élément déterminant. Elle a par ailleurs considéré que, s'agissant des mesures d'instruction, le Tribunal de céans devrait ordonner une expertise médicale judiciaire ainsi que, le cas échéant, l'audition de son assistante sociale auprès de l'HOSPICE GENERAL, Madame S_____, qui la suivait depuis un certain temps.

19. Dans sa duplique du 12 octobre 2005, l'OCAI s'est fondé sur les conclusions du Dr F_____ du SMR, daté du 28 septembre 2005, selon lequel il n'y avait pas lieu de s'écarter du rapport d'examen du SMR du 17 novembre 2004 et de l'avis médical du 25 avril qui l'avait confirmé. Ce médecin a également noté que la mauvaise compliance de l'assurée à son traitement allait plutôt dans le sens d'un état dépressif peu grave.

    S'agissant de la requête de l'assurée visant à l'obtention de mesures de réadaptation, l'OCAI a relevé qu'il ne pouvait y être fait droit. Selon lui, ces mesures n'apparaissaient pas utiles dès lors que les professions qui pouvaient encore être exercées par l'assurée ne nécessitaient aucune formation complémentaire particulière. Plus précisément en ce qui concernait l'aide au placement, il a relevé que les pièces médicales versées au dossier ne faisaient pas apparaître que l'assurée avait besoin d'une aide spécialisée de l'assurance-invalidité pour trouver un emploi. L'assurée ne pouvait pas non plus prétendre au service de placement de l'AI.

20. Le 5 janvier 2006, la recourante a communiqué copie d'un courrier de l'Hospice général du 3 janvier 2006, confirmant qu'une démarche de demande de stage ARVA avait été entreprise pour elle durant l'été 2005.

21. La duplique et ce courrier ont été transmis aux parties le 10 janvier 2006 et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. 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, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

   Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce reste cependant régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

   En matière de procédure toutefois, les règles de la LPGA s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

4. Le litige porte sur la question de savoir si l'assurée présente un degré d'invalidité susceptible d'ouvrir droit à une rente d'invalidité.

5. Selon 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. 8 LPGA). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors 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 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

Selon la jurisprudence du TFA, le médecin traitant a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas

un mandat de soins, mais un mandat d'expertise, en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001 p. 109 consid. 3b/bb). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67).

6. En l'espèce, les principales appréciations médicales figurant au dossier sont celles des spécialistes du COMAI, le Dr C_____ et la Dresse D_____, et les rapports du médecin traitant de l'assurée, le Dr A_____.

   Les spécialistes du COMAI ont rendu une expertise multidisciplinaire établie sur la base d'un examen somatique et d'un examen psychiatrique réalisés dans les locaux du COMAI. Pour ce faire, ils ont étudié l'ensemble du dossier comprenant notamment les rapports des médecins ayant examiné l'assurée dans le passé. Lors des examens qu'ils ont pratiqués, ils ont été attentifs aux plaintes émises par l'assurée et à sa situation actuelle. Une anamnèse détaillée a également été réalisée. L'état de santé de l'assurée a ainsi fait l'objet d'un examen complet et approfondi et les spécialistes ont pris soin de motiver leurs appréciations, de sorte que le diagnostic a été établi en pleine connaissance de cause. Le rapport d'expertise satisfait donc à tous les critères jurisprudentiels et doit se voir reconnaître pleine valeur probante, de même que le rapport établi le 15 novembre 2004 par la Dresse D_____ qui le complète.

   Au vu de ce qui précède, la mise en œuvre de l'expertise médicale judiciaire requise par l'assurée est superflue, le Tribunal de céans disposant de suffisamment d'éléments pour se déterminer. De même, l'audition de l'assistante sociale de l'assurée auprès de l'HOSPICE GENERAL, Madame S_____, est-elle inutile puisque l'évaluation de l'invalidité doit se faire sur la base de faits d'ordre médical. Il n'est pas non plus utile d'attendre les conclusions du stage ARVA qu'envisage d'entreprendre la recourante, pour le même motif.

   S'agissant des rapports du Dr A_____, ils sont plus sommaires que l'expertise du COMAI. Mises à part une brève anamnèse et une énumération succincte des plaintes de l'assurée, ce médecin n'indique pas exactement sur quels éléments il s'appuie pour conclure que sa patiente souffre de fibromyalgie et d'un trouble dépressif récurrent dans un épisode d'intensité moyenne. Ce défaut d'indications objectives ne permet pas de constater que les points litigieux du dossier ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et que cette appréciation est fondée sur des examens complets. Pour le surplus, il s'agit du médecin traitant de l'assurée. Bien qu'il soit spécialisé en psychiatrie, il faut tenir compte du fait qu'un médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient de par sa position

de confident privilégié, comme l'a retenu la jurisprudence. Le rapport de ce médecin ne doit par conséquent pas se voir reconnaître pleine valeur probante.

Sur le plan physique, l'assurée se plaint de lombalgies basses, en barre, présentes depuis plusieurs années, sans irradiation douloureuse dans les membres inférieurs et sans facteur déclenchant précis. Les spécialistes du COMAI n'ont pas noté de signe pathologique spécifique et ont diagnostiqué des lombalgies communes. Selon le Dr A_____, elle souffre d'une fibromyalgie. Toutefois, lors de l'examen qu'ils ont pratiqué, les experts du COMAI n'ont relevé que des douleurs à la palpation de l'angulaire de l'omoplate droite. Les points algiques à la palpation typiques d'une fibromyalgie n'étaient pas présents. Ce trouble ne peut donc pas être retenu.

L'assurée a également fait état de tachycardie, de gastralgie et de céphalées quotidienne. Les spécialistes ont néanmoins considéré qu'il n'y avait pas de pathologie durable au niveau somatique. Ils ont par conséquent conclu que, sur ce plan, la capacité de travail de l'assurée pouvait être considérée comme entière dans une activité adaptée.

Sur le plan psychique, les experts du COMAI et le Dr A_____ ont observé chez l'assurée une humeur dépressive, une tristesse, un découragement, une anxiété, des ruminations avec idées noires et de mort, une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, un manque d'énergie, une diminution de la confiance en soi et des troubles du sommeil. Les divergences entre les médecins concernent l'intensité du trouble dépressif récurrent. Selon le Dr A_____, l'épisode du trouble de l'assurée est d'intensité moyenne, alors que les experts du COMAI l'ont décrit comme étant d'intensité légère. Le rapport du COMAI ayant pleine valeur probante, le trouble dépressif récurrent sera retenu dans un épisode d'intensité légère.

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

profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Selon le ch. 1015 de la circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (CIIAI), en cas de diagnostic de dépression, il est nécessaire d'objectiver s'il s'agit d'un épisode dépressif transitoire ou d'un trouble affectif grave durable. Des indications sur le pronostic avec un traitement approprié sont indispensables.

La CIIAI précise, à son chiffre 1004, qu'une atteinte à la santé est considérée comme ayant valeur d'invalidité lorsqu'elle limite la capacité de gain de façon durable. Les critères permettant de différencier les atteintes à la santé ayant valeur d'invalidité de celles qui n'ont pas valeur d'invalidité comprennent, en particulier, les notions d'exigibilité et de longue durée (RCC 1971 p. 197). Une atteinte à la santé est considérée comme ayant valeur d'invalidité, lorsque (1) on ne peut plus raisonnablement exiger d'une personne assurée - ou alors uniquement de façon limitée - qu'elle utilise ses capacités sur le marché du travail en général, (2) malgré les mesures possibles et raisonnablement exigibles, qu'elles soient médicales - notamment aussi psychothérapeutiques - , professionnelles ou autres, les effets sur la capacité de travail sont de longue durée, (3) en raison de cette atteinte, la personne assurée n'est plus acceptée dans le monde du travail, et que cette situation se trouve confirmée par le résultat des investigations concernant ses possibilités de gain.

7. En l'occurrence, l'assurée présente, il est vrai, un trouble dépressif récurrent depuis longtemps, puisque le premier épisode a débuté en 1987. L'examen de son dossier permet cependant de constater qu'elle a une mauvaise compliance à son traitement, ce qui, selon les experts du COMAI, entraîne des répercussions négatives sur sa thymie. Il est dès lors permis d'imaginer que si l'assurée suivait correctement son traitement, son état pourrait s'améliorer. Du reste, le Dr E_____ affirme que les troubles dont elle souffre sont principalement des réactions de courte durée qui s'amenuisent sous traitement médical. Au surplus, même le Dr A_____ a constaté qu'une légère amélioration clinique de son état de santé était intervenue, en précisant toutefois qu'il ne pouvait pas dire si cette amélioration était due au traitement. On ne saurait il est vrai nier que l'assurée souffre d'une fragilité psychique. La Dresse D_____ en a cependant tenu compte lorsqu'elle a estimé la capacité de travail de l'assurée à 70% dans toute activité professionnelle. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, après avoir tout d'abord considéré que l'assurée ne présentait aucune limitation de sa capacité de travail, elle est revenue sur son appréciation dans son rapport du 15 novembre 2004. Il y a lieu de constater que cette fragilité n'a pas empêché l'assurée de travailler depuis 1994, mis à part

plusieurs arrêts de travail en 1998 et 1999. On peut dès lors raisonnablement exiger d'elle qu'elle utilise ses capacités sur le marché du travail.

8. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. L'incapacité de travail de l'assurée et partant son incapacité de gain étant de 30%, elle n'a pas droit à une rente d'invalidité.

9. La recourante a par ailleurs requis la prise en charge de mesures d'orientation professionnelle et d'une aide au placement.

   L'OCAI n'a en l'espèce pas rendu formellement de décision concernant ces mesures. Il s'est toutefois déterminé sur la question dans sa duplique du 12 octobre 2005 en indiquant qu'il ne pouvait y être fait droit.

   Par économie de procédure, il est permis au juge, exceptionnellement, de considérer que l'administration supplée à l'absence de décision au sens formel du terme, lorsque dans sa réponse au recours, elle exprime sans équivoque la volonté d'adopter la solution contre laquelle le recourant s'élève (ATFA GB du 27 octobre 1983). Il y a dès lors lieu d'examiner si des mesures professionnelles doivent ou non être prises en charge.

   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). Celles-ci comprennent en particulier les mesures d'orientation professionnelle prévues à l'art. 15 LAI qui dispose que l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle.

10. En l'espèce, l'assurée présente une capacité de travail de 70% dans toute activité professionnelle. Son invalidité ne lui rend pas difficile l'exercice de son activité antérieure de femme de chambre, puisque la limitation de sa capacité de travail ne provient que de sa difficulté à métaboliser les pertes et les difficultés existentielles. Dès lors, on ne voit pas en quoi sa fragilité psychique l'empêcherait de travailler dans son ancienne profession. De même, son invalidité ne lui rend pas non plus difficile le choix d'une autre profession, sa capacité résiduelle de travail concernant toutes les professions sans restriction. Force dès lors est de constater que l'assurée ne peut prétendre à des mesures d'orientation professionnelle.

    Selon la jurisprudence (VSI 2003 p. 273 ; ATF I 510/04) développée à propos de l'art. 18 LAI, l'admission du droit au service de placement est subordonnée aux conditions générales du droit aux prestations de l'AI selon les art. 4 ss et 8 LAI ; elle dépend notamment de l'existence d'une invalidité spécifique par rapport aux prestations entrant en ligne de compte. Dans les limites de l'art. 18 al. 1, 1ère phrase LAI, cette condition est remplie pourvu que l'assuré rencontre, dans la recherche

d'un emploi, des difficultés même légères en raison de son état de santé (ATF 116 V 81 consid. 6a; VSI 2000 p. 72 consid. 1a). Dès lors, il existe une invalidité déterminante pour le service de placement si, pour des raisons de santé, l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi approprié (ATF 116 V 81 consid. 6a et références citées ; VSI 2000 p. 72) ; l'admission d'une invalidité au sens de l'art. 18 al. 1, 1ère phrase LAI suppose donc l'existence d'un lien de causalité entre l'atteinte à la santé et la nécessité d'avoir recours au service de placement (dans le même sens Jean-Louis Duc, L'assurance-invalidité, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, n° 85).

Des difficultés de santé dans la recherche d'un nouvel emploi (ATF 116 V 81 consid. 6a ; VSI 2000 p. 72) répondent à la notion d'invalidité spécifique par rapport à la prestation entrant en considération lorsque le handicap lui-même, présumé permanent ou de longue durée (art. 4 al. 1 LAI), occasionne des problèmes dans la recherche d'un emploi au sens large de ce terme. Tel est le cas par exemple si, en raison de sa surdité ou de son manque de mobilité, l'assuré ne peut avoir un entretien d'embauche ou est dans l'incapacité d'expliquer à un employeur potentiel ses possibilités réelles et ses limites (par ex. les activités qu'il peut encore exécuter en dépit de son atteinte visuelle), de sorte qu'il n'aura aucune chance d'obtenir l'emploi souhaité.

A droit en outre au service de placement au sens de l'art. 18 al. 1 LAI, l'assuré qui, pour des raisons liées à son invalidité, doit faire valoir des exigences spéciales concernant le poste de travail (par ex. aides visuelles) ou vis-à-vis de l'employeur (par ex. tolérance de pauses de repos nécessitées par l'invalidité) et qui, de ce fait, doit faire appel aux connaissances professionnelles et à l'aide spécialisée de l'autorité chargée du placement pour trouver un emploi. En revanche, pour juger du droit au service de placement, il n'y a pas lieu de tenir compte de problèmes étrangers à l'invalidité, par exemple des difficultés linguistiques (telles que l'ignorance de la langue nationale) à ne pas confondre avec les troubles du langage dûment diagnostiqués par un médecin et, par conséquent, dépendants de l'état de santé.

Compte tenu de ces conditions, la notion d'invalidité au sens de l'art. 18 al. 1 LAI ne saurait être admise dans le cas présent. En effet, la faiblesse psychique qui a motivé la limitation de la capacité de travail de l’assurée ne permet pas d’admettre que la recherche d'un emploi par l'assurée soit soumise aux exigences et restrictions dont il est question ci-dessus. En tant qu'elle ne présente pas de restrictions inhérentes à la recherche d'un emploi conditionnées par son état de santé, l'intéressée ne saurait ainsi prétendre au service de placement de l'AI.

Par conséquent, le recours sera rejeté.

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. 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	La Présidente
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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