RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/53/2005 **ATAS/935/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 26 octobre 2005

En la cause

Madame B_____, représentée par FORUM SANTE, Madame B_____, en les bureaux duquel elle élit domicile	recourante

contre

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

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente, Mmes Doris WANGELER et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Madame B_____, née le 8 octobre 1968, originaire du Kosovo, mariée et mère de quatre enfants, est arrivée en Suisse en 1991. L'assurée a travaillé pendant quatre ans comme aide-soignante dans un home pour personnes âgées, un an comme ouvrière dans une fabrique de montres, et en dernier lieu en qualité de femme de chambre à l'hôtel « La Réserve », jusqu'en novembre 1999, date à partir de laquelle elle est en incapacité totale de travailler.

2. Le 11 février 2000, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité, pour maux de tête et dépression.

3. Le Docteur A_____, psychiatre, dans son rapport d'expertise du 29 avril 1999 à l'attention du médecin-conseil de la Vaudoise Assurance, avait retenu le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et syndrome douloureux somatoforme persistant. Le Docteur C_____, psychiatre et médecin traitant, a indiqué dans son rapport du 12 juillet 2000 à l'attention de l'Office cantonal AI (ci-après OCAI) que l'assurée souffrait d'un état dépressif sévère sans symptôme psychotique, et présentait notamment de nombreuses inquiétudes pour sa famille proche depuis la guerre au Kosovo, de troubles de la personnalité fruste, d'un éventuel syndrome post-traumatique avec céphalées et d'un probable syndrome douloureux somatoforme persistant. L'évolution se faisait vers une chronicisation avec fixation des symptômes psychosomatiques.

4. Par décision du 3 novembre 2000, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif que son atteinte à la santé, causée par le surmenage, n'avait pas valeur d'invalidité.

5. L'assurée, représentée par FORUM SANTE, a interjeté recours auprès de la Commission cantonale de recours en matière d'AVS/AI (ci-après la Commission de recours), alors compétente. Par jugement du 6 mars 2002, cette dernière, considérant qu'elle n'était pas en mesure de déterminer si les atteintes à la santé psychique de la recourante étaient ou non invalidantes, a admis le recours et renvoyé la cause à l'OCAI afin qu'il mette en œuvre des expertises psychiatrique et neurologique et rende une nouvelle décision.

6. Le 17 septembre 2002, l'OCAI a mandaté le COMAI de Lausanne à cet effet. Dans son rapport du 12 mai 2003, le COMAI a exposé que l'assurée avait fait l'objet d'un examen clinique, que des tests psychologiques avaient été réalisés, et que des consilium de rhumatologie et de psychiatrie avaient été effectués. Du point de vue rhumatologique et neurologique, il n'y a pas d'incapacité de travail. Du point de vue psychiatrique, les experts ont diagnostiqué une schizophrénie indifférenciée F 20.3 et des douleurs chroniques irréductibles avec céphalées et malaises végétatifs R 52.1 qui ont des répercussions essentielles sur la capacité de travail. Quant aux autres diagnostics, retard mental léger à moyen (QI de performance 47) F 70,

syndrome de dépendance au tabac F 172 , discrète atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien, ils sont sans influence essentielle sur la capacité de travail. Dans leur appréciation du cas, les médecins ont mentionné avoir été frappés avant tout par une importante atteinte à la santé psychique. L'examen psychologique complémentaire sous forme de tests de Rorschach, TAT WAIS-R avait permis d'étayer leur appréciation clinique en montrant des caractéristiques psychotiques de la pensée ainsi qu'un désinvestissement massif de la réalité avec un système défensif contre un vécu persécutoire. Selon les experts, la capacité de travail est nulle en l'état actuel, dans quelque activité que ce soit et, vu l'ampleur et le caractère envahissant du trouble psychiatrique, un reclassement professionnel ne serait pas à même d'améliorer cette capacité. Les ressources adaptatives de l'assurée sont épuisées, elle ne peut que difficilement faire face aux tâches et aléas de la vie et elle a de la difficulté à se soucier et à s'occuper adéquatement de ses enfants. Les experts ont indiqué que les facteurs de stress extérieurs ne sont pas directement responsables de l'arrêt de travail et de l'incapacité de travailler, car les troubles psychotiques semblent constitués et fixés. Il s'agit bien d'une atteinte à la santé psychiatrique indépendante des facteurs extérieurs. A la question de l'OCAI de savoir si le fait de devoir s'occuper d'une famille de six personnes, dont un mari malade, pouvait représenter une surcharge, les experts ont répondu que si cela pouvait mettre les ressources d'une personne à rude épreuve, l'évolution vers une pathologie psychiatrique aussi grave que celle présentée par l'assurée n'était pas la règle et cette surcharge n'était pas à l'origine de sa pathologie psychiatrique.

7. Dans son avis du 15 juillet 2003, le Service médical régional AI SMR LEMAN a estimé que l'expertise du COMAI comportait des incohérences et que le diagnostic de schizophrénie indifférenciée était pour le moins incompréhensible. Il a aussi relevé que les investigations avaient été effectuées en l'absence de tout traducteur. Il a estimé que le rapport du COMAI ne pouvait être pris en compte et a proposé d'effectuer, avec l'aide d'un traducteur, un examen psychiatrique pour lever toute ambiguïté quant à la capacité de travail exigible.

8. Par courrier du 27 novembre 2003, l'OCAI a informé l'assurée que pour évaluer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité, il était nécessaire de procéder à une expertise médicale, auprès du Docteur D_____.

9. Par lettre–signature du 11 décembre 2003, l'assurée s'est opposée à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, au motif que celle du COMAI était complète et parfaitement claire, répondant ainsi aux exigences fixées par la jurisprudence. Elle relève au surplus que s'agissant d'un traducteur serbo-croate, il n'est pas précisé son nom ni le degré de compétence et de formation qu'il doit remplir en la matière. Elle a demandé à ce que l'OCAI renonce à un tel examen, et dans le cas contraire, à ce qu'une décision séparée soit rendue sur cette question, avec indication des voies de droit.

10. Le 9 janvier 2004, l'OCAI a informé l'assurée que la récusation d'un expert devait reposer sur des motifs pertinents, ce qui n'était pas le cas en l'occurrence. Il a attiré l'attention de l'assurée sur le fait que l'assurance-invalidité était autorisée à refuser, ou à retirer temporairement ou définitivement ses prestations lorsque la personne assurée se soustrait ou s'oppose à des mesures de réadaptation ou d'évaluation auxquelles on peut raisonnablement exiger qu'elle se soumette. L'OCAI a fixé un délai de 10 jours à l'assurée pour prendre contact avec le Docteur D_____, à défaut de quoi elle rendra une décision comportant les moyens de droit.

11. Le 16 janvier 2004, l'assurée a informé l'OCAI qu'elle ne récusait pas le Docteur D_____ en tant qu'expert, mais qu'elle s'opposait à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Elle a contesté que l'art. 21 al. 4 LPGA puisse s'appliquer et a invité l'OCAI à rendre une décision sans tarder.

12. Le 19 avril 2004, le Docteur D_____ a convoqué directement l'assurée pour le 4 juin 2004.

13. Par courrier adressé à l'OCAI en date du 7 avril 2004, FORUM SANTE a, au nom et pour le compte de l'assurée, protesté et rappelé que la nécessité d'une nouvelle expertise n'était pas démontrée. Il a à nouveau demandé qu'une décision soit rendue, afin que sa mandante puisse saisir les autorités compétentes.

14. Le 19 mai 2004, l'OCAI a adressé à l'assurée une sommation, lui ordonnant de se rendre au rendez-vous fixé par l'expert.

15. Le 30 mai 2004, le mandataire de l'assurée a informé l'OCAI que l'assurée ne se rendrait pas au rendez-vous fixé par l'expert, pour les raisons déjà invoquées dans ses précédent courriers.

16. Le 10 novembre 2004, l'OCAI a rendu une décision de refus de rente, au motif que l'assurée avait refusé de coopérer et continuait de s'opposer aux mesures d'instruction, de sorte qu'il était dans l'impossibilité, sur la base du dossier, d'examiner les conditions du droit aux prestations.

17. L'assurée a formé opposition le 30 novembre 2004, faisant valoir qu'elle avait contesté la pertinence d'une nouvelle expertise et que sur la base de celle du COMAI, il était manifeste qu'elle présentait un degré d'invalidité de 100 %.

18. Le 20 décembre 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée, au motif que les rapports médicaux figurant au dossier étaient contradictoires et qu'il était nécessaire de procéder à une nouvelle expertise. Pour le surplus, l'assurée avait refusé de se soumettre à l'expertise, ce qui l'autorisait à statuer en l'état du dossier, c'est-à-dire à rendre une décision de refus de rente, dès lors qu'il était dans l'impossibilité de se prononcer sur le caractère effectivement invalidant de l'atteinte à la santé psychique dont elle serait atteinte.

19. L'assurée, représentée par FORUM SANTE, a interjeté recours en date du 6 janvier 2005. Elle a rappelé que dans son courrier adressé à l'OCAI le 11 décembre 2003, elle s'était étonnée de ce que ce dernier avait pris le parti de demander une nouvelle expertise dans le but de confirmer ou réfuter les allégations du COMAI, avec le concours d'un traducteur dont ni le nom, ni les compétences n'étaient indiqués. La recourante a soutenu que le rapport d'expertise du COMAI était complet et clair et qu'il répondait en tous points aux exigences posées par la jurisprudence. Enfin, au vu des conclusions du COMAI, il était clairement démontré qu'elle souffrait d'un état dépressif très sévère et que ses problèmes psychiatriques justifiaient pleinement l'octroi d'une rente entière. Pour le surplus, la recourante rappelle qu'elle avait demandé à l'OCAI de renoncer à cet examen et, dans le cas contraire, de rendre une décision séparée sur cette question. Se fondant sur les pièces du dossier, elle conclut à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, sous suite de dépens.

20. Dans sa réponse du 26 janvier 2005, l'OCAI a conclu au rejet du recours.

21. La recourante a persisté dans ses conclusions.

22. Pour le surplus, les divers allégués des parties seront repris, en tant que de besoin, dans la partie en droit ci-après.

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.

2. 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'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 8

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.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Aussi le droit à une rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et lews références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

   Interjeté dans le délai et la forme prescrits, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. La recourante conteste la décision prise par l'intimé en application de l'art. 21 al. 4 LPGA, au motif qu'elle a sollicité une décision sur la question de l'opportunité ou non de procéder à une nouvelle expertise psychiatrique. Elle allègue au surplus que même si l'intimé entendait statuer en l'état du dossier conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA, les conclusions claires et pertinentes du rapport d'expertise du COMAI auraient dû conduire l'OCAI à lui reconnaître un degré d'invalidité de 100 %.

   Selon l'art. 43 al. 1 LPGA, dans le cadre de l'instruction de la demande, l'assureur prend d'office les mesures d'instructions nécessaire et recueille les renseignements dont il a besoin. De son côté, l'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés.

   En l'occurrence, l'intimé, se fondant sur l'avis du SMR LEMAN auquel l'expertise du COMAI avait été soumise, a décidé d'ordonner une nouvelle expertise psychiatrique de la recourante auprès du Docteur D_____, ce à quoi la recourante s'est refusée, tout en exigeant une décision.

5. Aux termes de l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles

l'intéressé n'est pas d'accord. Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (art. 49 al. 2 LPGA). Selon l'art. 49 al. 3 LPGA, les décisions indiques les voies de droit ; elles doivent motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Les prestations, créances ou injonctions qui ne sont pas visées par l'art. 49 al. 1 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée ; l'intéressé peut cependant exiger qu'une décision soit rendue (art. 51 al. 1 et 2 LPGA).

En l'occurrence, force est d'admettre que la décision de l'intimé de soumettre la recourante à une nouvelle expertise psychiatrique, de même que celle la sommant de se rendre au rendez-vous fixé par l'expert constituent à tout le moins des injonctions importantes. Or, dans la mesure où la recourante s'y était opposée, au motif que l'expertise du COMAI remplissait tous les critères exigés par la jurisprudence et permettait à l'intimé de se prononcer sur son degré d'invalidité, et qu'elle a expressément requis une décision, l'intimé était tenu de statuer sur cette question, conformément à l'art. 49 al. 1 LPGA.

L'intimé a cependant ignoré cette demande et traité le cas sous l'angle de l'obligation de collaborer à l'instruction, en notifiant finalement à l'assurée une sommation de se soumettre à l'expertise et de se rendre au rendez-vous fixé, à défaut de quoi il statuerait en l'état du dossier. Devant le refus de la recourante qui persistait à demander une décision, l'intimé a rendu une décision de refus de rente, au motif que l'assurée s'étant opposée aux mesures d'instruction, il était dans l'impossibilité, en l'état du dossier, d'examiner les conditions du droit aux prestations. Force dès lors est de constater qu'en agissant de la sorte, l'intimé n'a pas respecté la procédure, ce qui devrait conduire en principe à l'annulation de la décision.

Cependant, dans la mesure où une décision rendue en application de l'art. 49 al. 1 LPGA peut faire l'objet d'une opposition (art. 52 LPGA), puis d'un recours auprès du tribunal cantonal des assurances compétent, et que dans sa décision sur opposition du 20 décembre 2004 l'intimé a statué sur la question et motivé son point de vue quant à la nécessité de procéder à une expertise psychiatrique, le Tribunal de céans, par économie de procédure, entrera en matière.

6. 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).

L'intimé, se fondant sur l'avis du SMR LEMAN, estime que l'expertise du COMAI n'a pas valeur probante. Les Docteurs E_____, psychiatre FMH, et F_____, médecine interne FMH, du SMR LEMAN s'étonnent que les experts du COMAI aient posé le diagnostic de schizophrénie indifférenciée, dès lors que celui-ci ne devrait être retenu qu'en présence d'au moins deux critères sur les cinq. De surcroît, il s'agit d'un diagnostic clinique, qui ne se pose que de manière rétrospective, après plusieurs épisodes de décompensation schizophrénique aiguë. Un tel diagnostic leur paraît d'autant plus étonnant que la recourante s'exprime difficilement en français et que l'expertise a été réalisée en l'absence de tout traducteur ; l'examen des aptitudes intellectuelles de l'assurée ne repose que sur la partie performance des tests de WAIS-R, dont « les consignes peuvent être montrées aux sujets maîtrisant mal la langue ». Le diagnostic de schizophrénie ne se pose pas au moyen de tests psychologiques, mais par un examen clinique et n'aurait de ce fait pas échappé au Docteur C_____. Ils relèvent aussi que ce dernier, médecin traitant de la recourante, parle le serbo-croate et qu'il n'a à aucun moment évoqué ce diagnostic ; en effet, le diagnostic retenu tant par le Docteur C_____ que par le Docteur A_____ pour le compte de la Vaudoise

Assurances, a toujours été celui d'un « état dépressif sévère, sans symptôme psychotique ».

La recourante conteste ce point de vue, considérant que l'expertise du COMAI satisfait en tous points aux exigences requises par la jurisprudence pour lui conférer pleine valeur probante et quel que soit le diagnostic finalement retenu, les conclusions permettent de retenir qu'elle souffre d'une atteinte à la santé psychique invalidante, ouvrant droit à une rente entière de l'assurance-invalidité. La mise en oeuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique est en conséquence totalement injustifiée.

7. Le Tribunal de céans constate que dans le cadre de l'expertise du COMAI, la recourante a fait l'objet d'examens pluridisciplinaires. L'expertise comporte une anamnèse personnelle, avec description de l'affection actuelle et des plaintes, et une anamnèse systématique (cardio-vasculaire, respiratoire, digestive, urinaire, gynécologique, ostéo-articulaire et neurologique). Les experts ont décrit les habitudes, le traitement actuel et la prise en charge thérapeutique actuelle. Ils ont procédé à l'anamnèse psychosociale, au descriptif de la vie quotidienne, à l'anamnèse professionnelle, relevé l'histoire assécurologique et mentionné les désirs, projets professionnels et attentes de l'assurée vis-à-vis de l'assurance. Les constatations objectives lors de l'examen clinique du 8 octobre 2002 y sont détaillées.

   Le Docteur G_____, rhumatologue, a examiné la recourante le 9 octobre 2002 ; il n'a pas observé de limitation fonctionnelle visible, mais l'examen clinique a été interrompu par la patiente, de sorte que l'expert a basé son appréciation sur l'examen de la colonne cervicale uniquement qui, cliniquement, ne révèle pas de pathologie significative. Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail en tant que femme de ménage est complète.

   Le Docteur H_____ a procédé à l'examen neurologique le 24 octobre 2002 ; il a constaté la persistance d'une discrète atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien caractérisée du côté droit par un ralentissement très modéré de la vitesse de conduction sensitive paume/poignet et du côté gauche par un discret allongement de la latence sensitive et un ralentissement modéré également de la vitesse de conduction sensitive paume/poignet. Dans son appréciation du cas, l'expert a conclu que sur le plan strictement neurologique, il n'y a pas d'incapacité de travail justifiant une invalidité.

   La recourante a été examinée par le Docteur I_____, psychiatre, assisté de Messieurs J_____ et M_____, psychologues. Un examen psychologique complémentaire a été effectué à la demande du Docteur I_____, par Madame E_____, psychologue. Les tests pratiqués par cette dernière (Rorschach, TAT, WAIS-R) en date du 13 novembre 2002 ont mis

en évidence deux types de perturbations majeures : au premier plan un retard mental léger à moyen, avec un QI de performance de 47, et des « caractéristiques psychotiques de la pensée, ainsi que le désinvestissement massif de la réalité, comme le système défensif contre un vécu persécutoire », avec négativisme et un trouble de la représentation du corps compatible avec un fonctionnement psychotique. Dans ses observations, l'expert relève que l'expertisée est sévèrement ralentie et présente durant tout l'entretien une discordance entre le discours, par ailleurs extrêmement pauvre, et la gestuelle, avec des mimiques de dégoût, et parfois les yeux qui partent en arrière. Son comportement est inadéquat, par moments elle se parle à elle-même en murmurant. L'anamnèse est très difficile à recueillir, la patiente ne répondant pas aux questions, si ce n'est par monosyllabes. D'après le récit de l'assurée, sa vie se résumerait en deux temps, le premier jusqu'à l'accident où tout allait bien et maintenant, où tout val mal, où tout le monde est méchant avec elle et où elle n'a qu'une envie, celle de mourir, ce qu'elle répète durant tout l'entretien. Elle pense à se défenestrer, mais ne le fait pas encore en raison du trop jeune âge de son fils cadet (6 ans). Les diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail retenus par le psychiatre sont les suivants : schizophrénie indifférenciée et douleurs chroniques irréductibles avec céphalées et malaises végétatifs. Dans l'appréciation du cas, le COMAI relève avoir été frappé avant tout par une importante atteinte à la santé psychique. Les différents examinateurs qui ont vu l'assurée ont été interpellés par la présentation de la patiente qui a montré plusieurs fois un comportement inadéquat. L'anamnèse a été difficile, l'expertisée paraissait parfois comme enfermée dans son monde d'où ils ne pouvaient la tirer que pour de brefs instants. Elle s'est montrée sévèrement ralentie, avec une discordance entre le discours et la gestuelle. Pour les experts, la détérioration psychiatrique est bien liée à la présence de symptômes psychotiques (et non aux facteurs extérieurs stressants) et le diagnostic retenu par les psychiatres consultants est celui de schizophrénie indifférenciée, en partie masquée par une symptomatologie dépressive sévère avec idéation suicidaire et risque de passage à l'acte non négligeable. Le COMAI explique que pour des raisons de classification, il a retenu plutôt le terme de douleurs chroniques irréductibles sans substrat organique identifiable plutôt que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, ceci en présence d'une atteinte à la santé psychiatrique prédominante. S'agissant de la capacité de travail, les experts la considèrent comme nulle dans quelque activité que ce soit ; vu l'ampleur et le caractère envahissant du trouble psychiatrique, un reclassement professionnel ne serait pas à même d'améliorer la capacité de travail. Les ressources adaptatives de l'assurée sont épuisées et elle ne peut que difficilement faire face aux tâches et aux aléas de la vie, ayant même des difficultés à se soucier et à s'occuper adéquatement de ses enfants.

Contrairement à l'avis exprimé par l'intimé, le Tribunal de céans ne voit pas en quoi l'expertise du COMAI n'est pas probante ; l'expertise a été réalisée sur la base du dossier complet, elle a fait l'objet d'une étude fouillée, d'une anamnèse

détaillée, elle a pris en compte les plaintes de la recourante et le COMAI a procédé à l'examen clinique de la recourante par des spécialistes. Les experts ont expliqué longuement leur démarche diagnostique, leurs conclusions sont claires et bien motivées.

Les griefs invoqués par l'intimé ne résistent d'ailleurs pas à l'examen ; ainsi, la nécessité de procéder à une expertise avec l'aide d'un traducteur parlant le serbo-croate n'est nullement démontrée. En effet, si les experts ont tous relevé une difficulté de communication, ce n'est pas dû à un problème de langue, mais bien en raison du trouble psychique. Ceci résulte également des pièces du dossier ; le Docteur A_____, psychiatre, qui a expertisé la recourante à la demande de La Vaudoise Assurances, n'a jamais fait allusion à des difficultés dans la compréhension du français ou à s'exprimer en français. Le rapport de visite à domicile établi le 7 juin 1999 par l'inspecteur des sinistres à l'attention de l'assurance-maladie perte de gain ne fait pas non plus état de telles difficultés.

L'intimé met aussi en doute le diagnostic psychiatrique retenu par le COMAI. Or, le fait que ce diagnostic n'ait pas été posé précédemment par le Docteur C_____, psychiatre, médecin traitant, n'est pas suffisant en soi pour écarter l'avis du COMAI. Ce qui est décisif au demeurant est de constater l'importance et la gravité de l'atteinte psychiatrique décrite par le COMAI, objectivée précédemment par les Docteurs C_____ et A_____ qui avaient diagnostiqué un état dépressif sévère, non amélioré par le traitement médicamenteux. A cela s'ajoute l'épuisement des ressources adaptatives de la recourante, qui l'empêche d'entreprendre une quelconque activité et même de s'occuper adéquatement de ses enfants. En cela aussi les conclusions du COMAI rejoignent celles du Docteur C_____ qui décrivait déjà en 1999 les faibles ressources psychiques et la faible capacité de mentalisation de l'assurée, et l'avis pessimiste du Docteur A_____ quant à une reprise de travail.

Les griefs de l'intimé, infondés, ne sauraient remettre en cause l'expertise du COMAI, que le Tribunal de céans considère comme remplissant les critères exigés par la jurisprudence permettant de lui conférer pleine valeur probante.

Au vu de ce qui précède, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique par l'intimé est infondée, dès lors qu'il est en mesure de se prononcer sur la base d'un dossier complet.

Le recours sera en conséquence admis et la cause renvoyée à l'intimé afin qu'il rende une nouvelle décision, sur la base du dossier.

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. Annule la décision sur opposition du 20 décembre 2004 et la décision du 10 novembre 2004.

4. Renvoie la cause à l'OCAI afin qu'il rende une nouvelle décision.

5. Condamne l'OCAI à payer à la recourante la somme de 800.- fr. à titre de participation à ses frais et dépens.

6. 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
Walid BEN AMER	Juliana BALDE

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