

## **GE\_GERICHTE A/1379/2003 vom 12. August 2004**

GE Cour de justice, 2004-08-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1379\\_2003](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1379_2003)

FR: GE\_GERICHTE A/1379/2003 du 12 août 2004

IT: GE\_GERICHTE A/1379/2003 del 12 agosto 2004

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

ème chambre du 12 août 2004 En la cause Madame M \_\_\_\_\_, mais comparant par FORUM SANTE en les bureaux duquel elle élit domicile recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, 97, rue de Lyon, 1203 Genève intimé EN FAIT Madame M \_\_\_\_\_, ressortissante portugaise née en 1966, est arrivée en Suisse en 1988 pour y rejoindre son époux. Elle a travaillé dès le mois de mars 1989, d'abord comme sommelière dans un restaurant, durant deux ans, puis comme vendeuse dans deux boulangeries. Le 1<sup>er</sup> avril 1994, elle a été engagée comme vendeuse responsable par X \_\_\_\_\_ & CIE. Elle a été licenciée le 30 novembre 1997, pour des raisons économiques. Le 1<sup>er</sup> mai 1998, l'assurée a été engagée comme vendeuse par Y \_\_\_\_\_ SA. Elle a toutefois démissionné le 30 avril 1999, parce qu'elle trouvait cet emploi trop difficile pour elle. Elle a cependant immédiatement retrouvé un emploi de vendeuse auprès de Z \_\_\_\_\_. Le 12 mai 1999, le Dr A \_\_\_\_\_, du département de psychiatrie de l'établissement hospitalier, a attesté que l'état de santé de l'assurée nécessitait un arrêt de travail d'une semaine, soit jusqu'au 20 mai 1999. En date du 17 mai 1999, soit un mois après son engagement, l'assurée a été licenciée par son nouvel employeur. Le Dr B \_\_\_\_\_, médecin-traitant de l'assurée, a indiqué dans un certificat médical du 5 avril 2000 que sa patiente était totalement incapable de travailler depuis le 5 mai 1999 pour cause de dépression majeure et fibromyalgie. Il ressort de ce document que les premiers symptômes sont apparus en 1998 et que la patiente était également suivie par le Dr C \_\_\_\_\_, psychiatre. Une reprise du travail à 50 % était prévue pour le 1<sup>er</sup> décembre 1999. Le 13 avril 2000, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) en invoquant sa fibromyalgie, sans préciser quel type de prestations elle entendait obtenir. Dans un certificat médical établi le 15 mai 2000, le Dr B \_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente avait été dans l'incapacité totale de travailler du 5 mai 1999 au 1<sup>er</sup> décembre 1999 et qu'elle avait ensuite recouvré une capacité de travail de 50%. Il a posé le diagnostic de fibromyalgie dans un contexte dépressif. Le 13 juin 2000, le Dr C \_\_\_\_\_ a indiqué à l'OCAI que l'état de santé de sa patiente s'était bien amélioré du point de vue psychique, mais que le problème lié à la fibromyalgie demeurait. Selon lui, l'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique qu'avait traversé l'assurée était en bonne voie de guérison. Il a encore précisé que l'intéressée ne présentait pas de trouble de la personnalité, que les problèmes psychiques rencontrés n'étaient pas dus au surmenage et que ces affections psychiques n'entraînaient aucune perte de la capacité de travail, celle-ci étant induite par la fibromyalgie uniquement. Dans un certificat médical intermédiaire du 17 août 2001, le Dr B \_\_\_\_\_ a fait savoir à l'OCAI qu'une activité supérieure à 50% ne pouvait être exigée de sa patiente et que pour le surplus, son état de santé était stationnaire. Depuis le mois de septembre 2001, l'assurée a trouvé, avec l'aide du chômage, un emploi à 50 %

comme aide-ménagère dans les soins à domicile. Constatant qu'il existait des divergences entre les médecins, l'OCAI a mandaté le Centre d'observation médical de l'assurance-invalidité de Lausanne (ci-après : COMAI) pour qu'il réalise une expertise multidisciplinaire de l'assurée. Le COMAI a rendu son rapport le 14 octobre 2002. Sur le plan psychiatrique, le Dr D\_\_\_\_\_, expert psychiatre, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent dans un épisode moyen avec syndrome somatique, une personnalité prépsychotique et une fibromyalgie. Il a estimé qu'une prise en charge psychothérapeutique associée à un traitement antidépresseur devrait se poursuivre sur plusieurs années. Selon lui, la capacité de travail résiduelle devait être fixée à 50% au maximum, ceci dans le but d'éviter à l'assurée de se replier complètement sur elle-même, risque qui n'était pas à négliger dans ce type de pathologie. Du point de vue rhumatologique, il a été constaté que l'assurée présentait des douleurs chroniques diffuses de l'appareil moteur sans limitation fonctionnelle anatomique, mais avec des douleurs lors de la mobilisation des épaules et de la colonne cervico-dorsale. D'après le Dr E\_\_\_\_\_, rhumatologue, on s'orientait vraisemblablement vers un syndrome douloureux somatoforme chronique de l'appareil moteur de type fibromyalgie, cette dernière n'étant toutefois pas classique, compte tenu du fait que les points dits de contrôle étaient également douloureux mais de manière moins intense. Dans des travaux légers, de manutention simple, sans mouvements monotones et/ou répétitifs, la capacité de travail a été estimée à 80%. A la suite du colloque de synthèse multidisciplinaire, les diagnostics suivants ayant une influence sur la capacité de travail ont été posés : syndrome somatoforme douloureux persistant de type fibromyalgie, trouble dépressif récurrent avec épisode de gravité moyenne et syndrome somatique, personnalité prépsychotique. Du point de vue somatique, l'assurée présentait des douleurs chroniques diffuses de l'appareil locomoteur. Les différents examens radiologiques ne montraient pas de lésion ostéo-articulaire significative et les examens sanguins ne montraient pas de syndrome inflammatoire franc. Ainsi, aussi bien l'examen clinique que l'examen paraclinique permettaient d'exclure une pathologie infectieuse, néoplasique, inflammatoire expliquant les douleurs. N'ayant pas d'argument permettant d'expliquer l'origine organique à cette symptomatologie, les experts se sont orientés vers un syndrome somatoforme douloureux persistant de type fibromyalgie. Le trouble dépressif récurrent qui accompagnait les douleurs a été qualifié de moyennement grave. Il a été relevé que l'assurée ne jugeait plus nécessaire de suivre son traitement antidépresseur, ce qui pouvait être expliqué par le fait qu'elle se sentait beaucoup mieux qu'en 1999. En prenant en compte les appréciations somatique et psychiatrique de manière globale, les médecins ont estimé que l'assurée était au maximum de sa capacité de travail, laquelle devait être fixée à 50%. Par décision du 28 janvier 2003, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif que le syndrome douloureux somatoforme dont elle souffrait ne s'accompagnait pas d'une comorbidité psychiatrique grave, ce qui avait pour conséquence qu'il ne pouvait être reconnu comme maladie invalidante. Après avoir entendu l'assurée qui avait fait opposition à la décision, l'OCAI a rendu une décision le 2 juin 2003 confirmant sa décision initiale. Le 19 juin 2003, l'assurée a interjeté recours auprès de la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité, en concluant à l'annulation de la décision sur opposition. Dans une écriture complémentaire du 20 août 2003, elle a conclu à ce qu'un taux d'invalidité de 50% lui soit reconnu. Elle a fait valoir que l'appréciation psychiatrique des experts du COMAI n'avait été ni contredite ni pondérée lors de la séance multidisciplinaire, mais reprise telle quelle et souligné qu'elle n'était pas une simulatrice - ce qu'avait d'ailleurs admis le Dr D\_\_\_\_\_. Elle estime qu'il n'a pas été clairement démontré

qu'elle souffre d'un trouble somatoforme douloureux et que le point de vue de l'OCAI ne peut être suivi, puisqu'il ne se basait que sur les appréciations personnelles du Dr F \_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'intimé. Par préavis du 8 septembre 2003, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Selon lui, aucun élément ne permet d'infirmer le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Il invoque la jurisprudence, selon laquelle un trouble somatoforme douloureux, pour se voir reconnaître un caractère invalidant, doit notamment présenter un minimum de gravité et soutient qu'il était fondé à s'écarter des conclusions des experts du COMAI concernant l'évaluation de la capacité de travail sur le plan psychique dans la mesure où l'assurée ne présente aucune affection organique objective et où le trouble somatoforme dont elle souffre n'est accompagné ni d'une comorbidité psychiatrique grave, ni d'une perte d'intégration sociale. Le 13 octobre 2003, la recourante a persisté dans ses conclusions et relevé que le trouble somatoforme douloureux dont elle souffre n'est pas un cas classique, vu sa personnalité prépsychotique. Elle fait valoir que l'aspect psychiatrique devrait trouver un caractère prédominant et être considéré pour lui-même et non plus seulement en miroir des troubles rhumatologiques. Elle soutient enfin qu'il y aurait lieu de tenir également compte du fait que ses troubles dépressifs ont été qualifiés de récurrents par les experts, ce qui signifie que son état est susceptible de se péjorer.

**EN DROIT** 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 (TCAS), composé de cinq juges, dont un président et un vice-président, cinq suppléants et seize juges assesseurs (art. 1 let. r et 56T LOJ). Suite à l'annulation de l'élection des seize juges assesseurs par le Tribunal fédéral (TF) le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente (art. 162 LOJ) permettant au TCAS de siéger sans assesseurs, à trois juges titulaires, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs. Statuant sur un recours de droit public, le TF a, dans un arrêt rendu le 1er juillet 2004, confirmé que cette disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était, de surcroît, conforme au droit fédéral (arrêt 1P. 183/2004). Egalement saisi de la question de l'éventuelle inconstitutionnalité du TCAS, le TF a estimé que la création de ce tribunal ne pouvait être remise en cause, vu la force dérogatoire du droit fédéral, et plus particulièrement de l'art. 57 LPGA en l'occurrence. La décision à l'origine du recours dont est saisi le Tribunal de céans a été rendue le 28 janvier 2003, de sorte que la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA), en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. La recourante conclut à la fixation de son taux d'invalidité à 50%, à l'octroi d'un reclassement professionnel ainsi que d'une aide au placement. Selon l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. En ce cas, il recevra un quart de rente. S'il est invalide à 50%, il se verra octroyer une demi-rente et, si son invalidité atteint 66 2/3 %, une rente entière (art. 28 al. 1 LAI).

a) Le risque couvert par l'assurance-invalidité et donnant droit à des prestations est basé sur des faits médicaux. Pour juger des questions juridiques qui se posent, les organismes d'assurance et les juges des assurances sociales doivent dès lors se baser sur des documents qui sont établis essentiellement par des médecins (ATF 122 V 158). Ils peuvent ainsi se baser sur les rapports demandés par l'office AI aux médecins traitants, sur les expertises de spécialistes extérieurs et sur les examens pratiqués par les centres

d'observation créés à cet effet (art. 69 al. 2 et 72bis RAI). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 15 ). b) Le droit fédéral ne fixe aucune prescription sur la manière d'apprécier les moyens de preuve, le principe de la libre appréciation des preuves s'appliquant en matière de procédure administrative. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 ; VSI 2000, p. 154). En outre, lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 ). En d'autres termes, selon la jurisprudence, le juge ne doit, en principe, pas s'écarter sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire 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 (ATF 118 V 290 consid. 1b; ATF 112 V 32 et les références). c) S'agissant de la question des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral des assurances a défini, en se fondant principalement sur une étude de MOSIMANN (somatoforme Störungen : Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in RSAS 1999, p. 1ss et 105ss), la tâche du médecin ou de l'expert, lorsque celui-ci doit se prononcer sur leur caractère invalidant. Selon cette jurisprudence, l'expert doit, sur le plan psychiatrique, 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 (VSI 2000 p. 152). d) En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine ; ATFA non publié du 18 octobre 2002 I 141/02). En l'espèce, la recourante reproche à l'OCAI de ne pas avoir suivi l'expertise du COMAI qui a conclu à une capacité résiduelle de 50%. a) Selon la jurisprudence la plus récente du Tribunal fédéral des assurances (ATFA non publié du 21 avril 2004 en la cause I 870/02, ATFA non publiés du 8 juin 2004 dans les causes I 282/03 et I 283/03), des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail. 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; arrêt N. du 12 mars 2004, destiné à la publication, I 683/03, consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant. En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société

(ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224ss consid. 2b et les références; arrêt N. précité consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; arrêt N. précité, consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 76ss, spéc. 80ss). Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés ci-dessus - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (cf. arrêt N. précité consid. 2.2.4. et les arrêts cités). b) En l'espèce, le COMAI a procédé sur plusieurs jours à un examen complet et minutieux de l'état de santé de l'assurée. Pour ce faire, les experts se sont appuyés sur l'entier du dossier, notamment sur les certificats des médecins ayant examiné la patiente auparavant, de sorte qu'on ne peut que constater que leur rapport se base sur un dossier bien étayé. Une anamnèse complète a été réalisée et la patiente a été entendue plusieurs fois par les experts. Le rapport est circonstancié et les experts du COMAI ont procédé à une séance de décision multidisciplinaire afin de parvenir à des conclusions claires. L'état de santé de la recourante a fait l'objet d'examen approfondis. Pour réaliser leur expertise, les médecins du COMAI ont principalement apprécié la capacité résiduelle de travail sur deux plans : rhumatologique et psychique. Du point de vue rhumatologique seul, la capacité de travail résiduelle a été estimée à 80% dans une activité adaptée. L'assurée présente des douleurs chroniques diffuses de l'appareil moteur sans limitation fonctionnelle anatomique ; il apparaît que l'ensemble des éléments objectifs ne permet pas d'expliquer l'origine des douleurs. Du point de vue psychiatrique, la capacité résiduelle de travail a été évaluée à 50% par le Dr D \_\_\_\_\_, qui a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent de degré moyen et une personnalité prépsychotique. A aucun moment durant l'entretien, il n'a toutefois été possible pour le spécialiste de mettre en évidence un conflit intra-psychique qui pourrait être à l'origine des problèmes thymiques. Mis à part la description de quelques problèmes relationnels au sein de ses différentes activités professionnelles - conflits qui ne seraient dus qu'à une simple difficulté de la part des autres à accepter son manque d'énergie en raison de sa maladie - la recourante n'a décrit aucun événement ou moment conflictuel étant survenu dans toute sa vie, de sorte qu'aucun facteur déclenchant n'a pu réellement être mis en évidence par les médecins. Ceux-ci ont tout de même relevé quelques éléments psychosociaux permettant d'expliquer l'émergence du

syndrome. Ainsi, une cassure semblait apparaître durant l'année de naissance de sa fille cadette, qui avait été suivie par un licenciement qualifié d'injuste par l'assurée. Le fait de ne pas avoir été capable d'élever sa fille à ce moment précis et de devoir la placer durant plusieurs mois avait probablement ancré l'assurée dans ses douleurs. A l'issue de la séance de décision multidisciplinaire, il a été retenu une diminution de la capacité de travail d'environ 50%, cela d'un point de vue global, compte tenu des avis rhumatologique et psychiatrique. Il a été souligné que la patiente devait en tout état de cause éviter les mouvements répétitifs des membres supérieurs, les travaux lourds tels que le port de lourdes charges, et qu'elle devrait pouvoir alterner les positions debout et assise. En l'espèce, le diagnostic retenu par les experts est un trouble dépressif récurrent de degré moyen, soit un état ne présentant pas le caractère d'une comorbidité ou d'une atteinte psychiatrique grave. Il sied de relever que le raisonnement de l'autorité intimée, consistant à affirmer que seuls des troubles somatoformes douloureux liés à une comorbidité psychiatrique grave seraient susceptibles de fonder une invalidité au sens de la loi, est erroné. En effet, selon la jurisprudence rappelée supra, une telle comorbidité constitue tout au plus l'un des critères, certes important, à prendre en considération dans le cadre d'une évaluation globale de la situation médicale de l'assurée. Aussi, ne saurait-on s'écarter des conclusions des experts au seul motif que leur rapport ne fait pas état d'une comorbidité psychiatrique grave (ATFA non publié I 182/02 du 20 mars 2003). En revanche, l'existence d'une comorbidité psychiatrique doit être niée pour une autre raison : selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING / MOMBOUR / SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (arrêt N. précité consid. 3.3.1 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 81, note 135). En outre, la structure de personnalité de la recourante ne présente pas de traits prémorbides et il n'y a pas d'idéation suicidaire. Il découle d'ailleurs du rapport du COMAI que l'état de santé psychique de l'assurée s'est nettement amélioré depuis l'année 1999. L'anamnèse psychosociale ne fait pas non plus état d'une perte d'intégration, bien au contraire : l'assurée déclare avoir encore bon nombre d'amies qu'elle voit régulièrement ; elle a même renoué contact avec de nombreuses personnes depuis sa dépression en 1999, signe tangible de l'amélioration constatée de son état de santé ; le couple possède un petit jardin locatif et y rejoint des amis avec lesquels ils font des grillades le week-end ; l'ambiance familiale est décrite comme bonne ; la situation conjugale, malgré les problèmes de santé rencontrés par l'époux, semble favorable ; enfin, l'assurée a encore de bons contacts avec ses frères et sœurs, tant avec ceux habitant en Suisse qu'avec ceux restés au Portugal. S'agissant de l'état psychique de la recourante, il ne découle pas du rapport du COMAI qu'il soit cristallisé et sans évolution possible, puisqu'il a évolué de manière favorable depuis 1999 sur le plan thérapeutique. Le critère de la chronicité et de la durée des douleurs, qui serait susceptible de fonder un pronostic défavorable à propos de l'exigibilité d'une reprise de l'activité professionnelle, apparaît certes réalisé; toutefois, il n'est à lui seul pas suffisant au regard de la jurisprudence pour justifier du caractère invalidant d'une incapacité de travail en raison d'un trouble somatoforme douloureux. A cet égard, les experts ne donnent aucune explication convaincante, permettant de conclure que la capacité de travail de l'assurée ne s'élèverait qu'à 50% dans une activité adaptée. c) Eu égard aux considérations qui précèdent et après une lecture attentive du rapport du COMAI, il apparaît - tout comme dans plusieurs cas

traités récemment par le Tribunal fédéral (ATFA non publié I 182/02 du 20 mars 2003, ATFA non publié I 273/03 du 4 septembre 2003, ATFA non publié I 141/02 du 18 octobre 2002) - que l'expertise en cause ne contient pas suffisamment d'éléments susceptibles de fonder une invalidité au sens de la loi. En effet, les résultats de l'expertise au plan psychiatrique ne permettent pas de se convaincre, dans le cas particulier, que l'assurée n'était pas en mesure de reprendre pleinement une activité lucrative, au moment de la décision attaquée. En effet, les critères déterminants consacrés par la jurisprudence en la matière ne se manifestent pas chez l'assurée avec un minimum de constance et d'intensité, de sorte que l'OCAI était fondé à s'écarter des conclusions des experts quant à l'évaluation de la capacité de travail sur le plan psychique. En conséquence, le degré d'invalidité ne doit être examiné que sur la base de l'atteinte physique, de sorte que l'on retiendra une capacité de travail résiduelle de 80 % dans une activité adaptée. Il convient de déterminer le taux d'invalidité de l'assuré en recourant à la méthode générale de comparaison des revenus, s'agissant d'un assuré ayant dû interrompre ou cesser son activité lucrative pour cause de maladie ou d'accident et qui, sans handicap, continuerait à exercer une activité lucrative. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Sont déterminants pour la comparaison des revenus les rapports existants au moment de la naissance du droit à la rente, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 129 V 222 ; ATFA I 670/01 du 2 février 2003). En conséquence, à la lecture de la jurisprudence précitée, l'année déterminante pour la comparaison sera l'année 2000, soit une année après le début de l'incapacité de travail de l'assurée. S'agissant du revenu sans invalidité, il ressort du dossier qu'au moment où la recourante a stoppé son activité professionnelle, elle était employée comme vendeuse par la société Y \_\_\_\_\_ SA pour un salaire mensuel de 3'300 fr. sur 12 mois. Compte tenu d'une gratification de 1'000 fr., le salaire annuel sans invalidité en 1999 s'élève à 40'600 fr. Réactualisé pour l'année 2000 par la biais de l'indice des salaires nominaux par catégories de travailleurs (ouvrières adultes ; 1999 = 2394 , 2000 = 2432 ) le salaire sans invalidité en 2000 est de 41'244 fr. ( $40'600 \times 2432 / 2394$ ). Le revenu d'invalide, selon la jurisprudence, doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible -, le revenu d'invalide doit être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens (cf. ATF 126 V 76 ). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou la valeur centrale (ATF 124 V 323 ; VSI 1999 p. 182). Dans ce cas, la jurisprudence considère que certains empêchements propres à la personne de l'invalide exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalide qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Une déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, il n'y

a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25 %.

L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 ; VSI 2002 p. 70). En l'occurrence, compte tenu de l'activité légère de substitution, le salaire statistique de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur de l'industrie manufacturière en 2000, à savoir 3'630 fr. par mois (Enquête suisse sur la structure des salaires 2000, tableau TA3; n° 15-37, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,8 heures en 2000 ; Office fédéral de la statistique, Durée du travail dans les entreprises), ce montant doit être porté à 3'793 fr. ( $3'630 \times 41,8 / 40$ ), ce qui donne un salaire annuel de 45'516 fr. Afin de tenir compte du rendement de 80 % déterminé par le COMAI, ce montant doit être abaissé à 36'413 fr. Il ne sera pas procédé à un abattement supplémentaire pour des limitations fonctionnelles, dans la mesure où la diminution de rendement de 20 % opérée par le COMAI vise précisément à tenir compte de ces limitations. Par contre, compte tenu du fait que l'assurée a été tenue éloignée du monde du travail durant plusieurs années, un abattement supplémentaire de 10 % pourra être retenu. Il en résulte donc un revenu d'invalidité de 32'772 fr. Si on compare ce montant avec le revenu sans invalidité ( $[41'244 - 31'772] / 41'244 \times 100$ ), on obtient un degré d'invalidité de 23 %, ce qui n'ouvre pas droit à une rente. A l'issue de cet examen, il y a lieu d'examiner la demande d'aide au placement formulée par la recourante. Aux termes de l'art. 8 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 faire usage. L'art. 18 al. 1 phr. 1 LAI prévoit qu'un emploi approprié sera autant que possible offert aux assurés qui sont susceptibles d'être réadaptés. L'invalidité justifiant le droit au service de placement réside dans le fait que l'assuré éprouve des difficultés à trouver un emploi par ses propres moyens en raison de son atteinte à la santé. Il y a invalidité imminente justifiant le droit au service du placement, lorsqu'il y a lieu de s'attendre que l'assuré perdra son emploi actuel à brève échéance et qu'il rencontrera des difficultés, en raison de son état de santé, à trouver une nouvelle activité lucrative. Contrairement au droit à la rente (art. 28 al. 1 LAI), la loi ne fixe pas un degré minimum d'invalidité pour pouvoir bénéficier de mesures de réadaptation. Toutefois, en vertu du principe de la proportionnalité, il importe que l'étendue de l'atteinte à la capacité de gain exigée pour avoir droit aux prestations soit en relation avec les dépenses financières liées à l'exécution de telle ou telle mesure de réadaptation. Comme le service de placement représente une mesure de réadaptation dont le coût n'est pas particulièrement élevé, l'assuré qui, en raison de son état de santé, éprouve quelques difficultés, même relativement bénignes, à trouver un emploi y a droit (ATF 116 V 80 consid. 6a = RCC 1991, p. 44). On ajoutera que l'invalidité ouvrant droit au service de placement suppose que les difficultés éprouvées par l'assuré pour trouver un travail approprié par ses propres moyens soient dues à son état de santé ; en d'autres termes, il faut qu'il y ait un lien de causalité entre l'atteinte à la santé et la nécessité d'une aide au placement (ATFA non publié

du 13 février 2003 en la cause I 595/02) En l'espèce, selon les médecins du COMAI, la recourante doit éviter les travaux lourds, les mouvements répétitifs avec les membres supérieurs et devrait pouvoir alterner les positions debout et assise. Cela s'ajoute au fait qu'elle a été tenue éloignée du monde du travail durant une relativement longue période et qu'elle doit maintenant retrouver une activité adaptée à son état de santé ; dès lors il sera fait droit à sa demande visant à obtenir une aide au placement. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis. La recourante, qui est représentée par l'Hospice Général, soit un organisme chargé de l'assistance publique ne peut prétendre à une indemnité à titre de dépens (VSI 2000 p. 294).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.