

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3929/2005

ATAS/22/2006

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 17 janvier 2006

En la cause

Madame C _____, domiciliée à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Daniel MEYER

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Madame Isabelle DUBOIS, Présidente, Mesdames Karine STECK et Valérie
MONTANI, Juges**

EN FAIT

1. Madame C _____, née en 1969 au Portugal et sans formation professionnelle, a travaillé en qualité de femme de ménage à l'hôtel X _____ à partir du 1^{er} juin 1997.
2. En raison de lombalgies avec irradiation dans le membre inférieur droit et de douleurs pelviennes apparues progressivement depuis 1998, l'assurée a consulté pendant sa grossesse le Dr L _____, généraliste (cf. rapport d'expertise du 25 février 2004, p. 12). Dans son rapport du 30 avril 1999, ce médecin a posé les diagnostics de syndrome brachial gauche, trouble statique cervico-dorso-lombaire, hernie discale C3-C4 et canal cervical étroit. Il a également attesté une incapacité de travail entière du 16 mars au 19 avril 1999 et de 50% du 19 avril au 3 mai 1999.
3. Le 18 juin 1999, l'assurée s'est rendue auprès de la Dresse M _____, spécialiste en médecine interne, qui a diagnostiqué des cervicalgies chroniques ainsi qu'une dysfonction sacro-iliaque et a admis une incapacité de travail entière dès le 18 juin 1999.
4. En date du 8 mars 2000, l'assurée a consulté le Dr N _____, rhumatologue. Dans son rapport du 4 avril 2000, ce médecin a posé le diagnostic de fibromyalgie ainsi que d'état dépressif et a attesté une incapacité de travail entière dès le 1^{er} mars 2000.
5. L'assurée n'ayant pas repris le travail depuis le 16 mars 1999, l'employeur a résilié le contrat de travail pour raisons médicales avec effet au 30 juin 2000.
6. Le 6 juillet 2000, l'assurée a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité visant à l'octroi d'une réadaptation professionnelle, d'un placement et d'une rente d'invalidité.
7. Dans son rapport du 20 juillet 2000, le Dr N _____ a confirmé son diagnostic. Il a précisé que le traitement consistait en anti-dépresseurs et en thérapie comportementale. Il a indiqué que la patiente se plaignait de douleurs ostéoarticulaires multiples, d'une grande fatigue et de problèmes intestinaux (colon spastique). Il a relevé le succès de la thérapie et a estimé que la patiente ne pouvait plus travailler comme femme de chambre en raison du port de charges ainsi que des mouvements répétés du tronc, mais qu'elle pouvait être recyclée dans un emploi sans station debout et sans port de charges tel que concierge, ouvrière ou secrétaire avec une baisse de rendement de 20%. Il a ajouté que l'assurée présentait une limitation de capacité fonctionnelle lorsqu'il s'agissait de rester plus de six à huit heures par jour en position assise, respectivement une à deux heures en position debout, utiliser les membres supérieurs, marcher jusqu'à deux kilomètres et se baisser.

8. Par décision du 28 mars 2001, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : OCAI) a refusé l'octroi de prestations au motif que la perte de gain de l'assurée était inférieure à 20% ce qui ne lui permettait pas de retenir l'existence d'une invalidité au sens de la loi, mais que, sur demande écrite de sa part, il était prêt à lui allouer une aide au placement.
9. Le 4 mai 2001, l'assurée a recouru auprès de la COMMISSION CANTONALE DE RECOURS AVS-AI, alors compétente, estimant que l'OCAI s'était uniquement basé sur ses facultés de travail physique qui s'étaient fortement amoindries depuis le début de l'année 2001 et n'avait pas tenu compte de son état dépressif nécessitant une psychothérapie depuis plus d'un an. Elle a conclu à l'annulation de la décision du 28 mars 2001.
10. Dans son rapport du 20 août 2001, le Dr O _____, rhumatologue, a précisé qu'il soignait l'assurée depuis le 14 mai 2001 pour des douleurs de la région lombosacrée avec irradiation à la symphyse du côté droit apparaissant essentiellement en position debout, à la marche et, depuis quelques mois, après une heure en position assise. Il a diagnostiqué une dysfonction de la symphyse et de la sacro-iliaque à droite ainsi qu'une fibromyalgie présente depuis 1998. Il a attesté une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} juin 2001. Il a ajouté que l'assurée présentait une limitation de capacité fonctionnelle lorsqu'il s'agissait de rester plus de deux heures par jour en position assise, respectivement debout, d'utiliser les membres supérieurs, marcher jusqu'à un kilomètre, de lever, porter ou déplacer des charges jusqu'à cinq kilos.
11. Dans son rapport du 7 septembre 2001, le Dr P _____, psychiatre et psychothérapeute, a indiqué qu'il soignait l'assurée depuis le 11 juin 2001. Il a diagnostiqué une fibromyalgie ainsi qu'un épisode dépressif léger en rémission. Il a précisé que ce dernier trouble existait depuis juin 1998 avec apparition de fatigue, tristesse, perte d'élan ainsi que troubles du sommeil et qu'il était associé à sa deuxième grossesse. Il a relevé que, progressivement depuis cette époque, elle souffrait de douleurs musculaires et de faiblesse diagnostiqués comme fibromyalgie. Il a estimé que les symptômes dépressifs étaient améliorés par un traitement antidépresseur et qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail pour ces affections.
12. Le 12 novembre 2001, le Dr O _____ a informé l'OCAI qu'il avait adressé la patiente au Dr R _____, chiropraticien, qui, lors de son examen du 4 octobre 2001, avait retenu des dysfonctions S1, S2 à gauche, P1, P2 à gauche (symphyse) et des dysfonctions cervicales ainsi que dorsales hautes. Dans son courrier du 18 février 2002, le Dr R _____ a précisé que la capacité de travail était nulle et qu'il imaginait mal qu'elle puisse reprendre une quelconque activité professionnelle.
13. Dans son rapport du 27 mai 2002, le Dr O _____ a fait état d'une décompensation depuis plusieurs mois de l'état dépressif chronique.

14. Un scanner lombaire du 2 mai 2002 a montré une discopathie L4-L5 avec protrusion discale discrète et une ébauche d'arthrose postérieure gauche L5-S1.
15. Par jugement du 4 juillet 2002, la COMMISSION DE RECOURS AVS-AI a admis le recours en raison de l'absence de renseignements sur l'état psychique. Elle a renvoyé le dossier à l'OCAI pour expertise médicale afin de déterminer la capacité de travail de l'assurée et pour nouvelle décision.
16. Dans ses rapports des 5 et 9 mai 2003, le Dr S _____, psychiatre et psychothérapeute, a indiqué qu'il soignait la patiente depuis le 14 juin 2002. Il a diagnostiqué un épisode dépressif léger (F 32.0) existant depuis 1998, aggravé en 1999 et amélioré en 2001. Il a également rappelé les diagnostics déjà connus des affections physiques, à savoir fibromyalgie et dysfonction de la symphyse et de la sacro-iliaque droite. Il a estimé que l'incapacité de travail était de 100% et qu'elle était due uniquement aux affections physiques. Il a précisé que l'état était stationnaire et que la patiente se plaignait de douleurs au dos, à la colonne cervicale, aux genoux, au bassin, de maux de tête et de fatigue. Il a fait état de la présence épisodique de tristesse, d'une vie sociale un peu diminuée, d'une diminution de plaisir pour les actes habituels de la vie quotidienne, d'une diminution de l'élan vital, de difficultés par moments à fréquenter les espaces clos.
17. Dans son rapport du 24 juillet 2003, le Dr O _____ a indiqué que l'état de santé était stationnaire depuis août 2001.
18. Le 28 juillet 2003, l'OCAI a communiqué à l'assurée qu'il confiait une expertise au COMAI, Policlinique médicale universitaire à Lausanne.
19. L'assurée a été examinée par l'unité d'expertise médicale multidisciplinaire de Lausanne les 19 novembre et 1^{er} décembre 2003. Lors de ces examens, elle se plaignait de douleurs diffuses musculo-squelettiques constantes mais fluctuant en intensité et touchant principalement le rachis, les épaules, les genoux et les chevilles avec paresthésies dans les membres supérieurs jusqu'aux doigts et dans les membres inférieurs. Elle se plaignait également de céphalées constantes en casque, d'une fatigue importante surtout en fin de journée avec perturbation du sommeil décrit comme non réparateur, de troubles de la mémoire et de la concentration, d'une irritabilité, d'un sentiment de tristesse, d'une diminution de l'élan vital, d'épisodes de grande angoisse et de claustrophobie.

Lors de la consultation de psychiatrie du 1^{er} décembre 2003, l'assurée a décrit une fluctuation de l'humeur depuis l'adolescence avec des périodes de baisse de l'humeur et retrait social alternant avec des périodes de stabilisation de l'humeur. Elle a également mentionné des épisodes dépressifs plus marqués en 1991 lors de son arrivée en Suisse, en 1994 lorsqu'elle a suspecté des relations extra-conjugales chez son mari, en 1996 après son accouchement, enfin dès 1999 pendant sa grossesse. La Dresse T _____, psychiatre, a constaté une thymie abaissée avec pleurs à do-

micile, une fatigue fluctuante, une aboulie, une anhédonie, une inappétence et des insomnies avec troubles de l'endormissement. Elle a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère sans symptôme psychotique, une personnalité à traits dépendants et histrioniques, une claustrophobie, des difficultés dans les rapports avec le conjoint.

Dans leur rapport d'expertise du 25 février 2004, les Drs U _____, spécialiste en médecine interne, V _____, rhumatologue et T _____ ont constaté une force de préhension de quinze kilos à droite et de dix kilos à gauche, dix-huit points de fibromyalgie douloureux sur dix-huit, une absence de signes comportementaux de Waddell. Ils ont diagnostiqué, d'une part avec influence sur la capacité de travail, un trouble somatoforme douloureux persistant sous forme de fibromyalgie (F 45.4), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère (F 33.10), une personnalité à traits dépendants et histrioniques (F. 60.4), d'autre part sans influence sur la capacité de travail, un status après cervico-brachialgies C4-C5 gauches sur ébauche d'hernie discale C3-C4 en 1997, des troubles dégénératifs du rachis lombaire (discopathie L4-L5), une claustrophobie. Ils ont indiqué que les discrets troubles de la statique et dégénératifs lombaires n'expliquaient que difficilement la symptomatologie douloureuse et son intensité. En revanche, la longue évolution des douleurs, la détresse en relation avec la symptomatologie et son impact sur la vie quotidienne de la patiente, l'existence de facteurs de stress psychosociaux et d'une pathologie psychiatrique, l'échec des différents traitements et une certaine perte d'intégration sociale les avaient orienté vers le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant sous forme de fibromyalgie. Ils ont estimé que la capacité de travail était nulle en tant que femme de chambre et qu'elle était de 50% dans une activité adaptée qui n'était pas physiquement trop lourde, à savoir sans port fréquent de charges lourdes. Ils ont précisé que l'incapacité de travail existait depuis le mois de mars 2001 (recte 1999), soit durant la deuxième grossesse, et qu'elle subsistait à raison de 50% en raison du trouble de la personnalité et de l'importance de l'état dépressif évoluant défavorablement. Ils ont ajouté que la poursuite du traitement antidépresseur médicamenteux et psychothérapeutique pouvait permettre de diminuer quelque peu l'état dépressif.

20. Le 12 mai 2004, le Dr A _____, généraliste et médecin de l'OCAI, a demandé au Dr U _____ des précisions quant à l'historique de l'évolution de l'incapacité de travail.
21. Dans son rapport complémentaire du 25 août 2004, l'expert a précisé que l'incapacité totale de travail dans l'activité de femme de ménage existait probablement depuis mars 1999 et que la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée s'était dégradée depuis l'année 2000, de façon fluctuante, pour être estimée actuellement à 50%.

22. Dans son rapport du 6 décembre 2004, le Dr S _____ a confirmé ses rapports précédents et a indiqué une aggravation de l'état clinique depuis septembre 2003. Il a précisé que l'épisode dépressif actuel était d'intensité moyenne et a admis une capacité de travail nulle en tant que femme de chambre et de 40% dans une activité adaptée légère, à savoir sans charges.
23. Par décision du 26 avril 2005, l'OCAI a considéré que l'intégration sociale de l'assurée était satisfaisante, que le trouble somatoforme douloureux n'avait pas valeur de maladie au sens de loi et que tout travail léger ou moyen physiquement était raisonnablement exigible. En conséquence, il a rejeté la demande de prestations.
24. Le 30 mai 2005, l'assurée a formé opposition contre cette décision. Elle a conclu à la reconnaissance d'une invalidité de 100% et a soutenu que l'OCAI n'avait pas tenu compte, d'une part, de ses cervicalgies et arthrose qui la limitaient considérablement dans ses gestes quotidiens, d'autre part, de l'importance du trouble de la personnalité et de l'état dépressif qui ne permettaient pas d'exiger de sa part la mise en valeur de sa capacité de travail.
25. Dans son rapport du 1^{er} juillet 2005, le Dr O _____ a confirmé ses rapports précédents et a mentionné que l'état de santé était stationnaire depuis août 2001. Il a estimé la capacité de travail résiduelle à 50% dans un travail léger tenant compte des limitations.
26. Dans son rapport du 4 juillet 2005, le Dr S _____ a indiqué que l'état de santé était stationnaire depuis septembre 2003.
27. Par décision sur opposition du 6 octobre 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition et a confirmé sa position. Il a relevé qu'aucune arthrose n'était établie médicalement et qu'il existait uniquement un trouble somatoforme douloureux. Il a précisé que le trouble dépressif récurrent ne constituait pas une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes. De plus, les traits de personnalité histrionique et dépendante ne pouvaient pas être considérés comme un trouble de la personnalité. Il a également indiqué que l'assurée ne présentait pas un état psychique cristallisé eu égard à ses fluctuations importantes, ni un repli social dans toutes les manifestations de la vie puisqu'elle donnait les soins à ses enfants, s'occupaient des tâches ménagères et effectuait les emplettes avec son mari. Enfin, il a mentionné qu'il n'y avait pas un échec de l'ensemble des traitements conformes aux règles de l'art au regard des effets bénéfiques de la prise en charge médicamenteuse et spécialisée.
28. Par écriture du 7 novembre 2005, l'assurée a recouru contre ladite décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Elle conclut à l'annulation de la décision de l'OCAI du 6 octobre 2005, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100% dès le 6 juillet 2000 et pour une durée indéterminée, sous suite de dépens. A l'appui de son recours, elle soutient qu'elle souffre d'une maladie rhumatologique, à savoir d'une fibromyalgie, et non pas d'un simple syndrome somatoforme de type fibromyalgi-

que comme diagnostiqué à tort par les experts. De plus, elle souffre également d'une affection psychique, à savoir de troubles dépressifs qui nécessitent un traitement depuis quatre ans. Elle soutient qu'elle présente pour les seuls troubles psychiques une capacité de travail résiduelle de 40% qui ne tient toutefois pas compte des autres troubles rhumatologiques et somatiques. Si le Tribunal de céans devait retenir le diagnostic posé par les experts, elle estime que la comorbidité psychiatrique durable et importante, sous forme de troubles dépressifs récurrents, de troubles de la personnalité, de troubles du sommeil et de la concentration antérieurs à la fibromyalgie, se manifestant par un sentiment d'isolement et de repli social, justifie une incapacité de travail au sens de la loi sur l'assurance-invalidité.

29. Dans sa réponse du 14 novembre 2005, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 6 octobre 2005. Considérant que la recourante n'apportait pas d'arguments nouveaux il s'est référé à la motivation de sa décision sur opposition.
30. Après communication de ces écritures aux parties le 30 novembre 2005, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} 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. 56 V 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 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.

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 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et

les références). En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations dès juillet 2000, à savoir à une date antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, le présent cas reste régi par la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour les prestations antérieures à cette date et par la LPGA pour les prestations postérieures au 31 décembre 2002, étant précisé que les règles de procédure, quant à elles, s'appliquent sans réserve dès le jour de l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1., 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Pour les mêmes raisons, les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), ne sont pas applicables (ATF 127 V 467 consid. 1). Dans la mesure où elles ont été modifiées par la nouvelle, les dispositions ci-après sont donc citées dans leur version antérieure au 1er janvier 2004.

4. Le recours a été formé en temps utile dans le délai de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA) courant du 8 octobre au dimanche 6 novembre 2005 et reporté au lundi 7 novembre 2005 (art. 38 al. 3 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.
5. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité de la recourante et en particulier sur le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité.
6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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 et art. 28 al. 2 LAI).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins.

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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 158 consid. 1).

7. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe 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 des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsque au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). Au demeurant, l'indépendance et l'impartialité des experts des COMAI, exigées par les art. 4 aCst. et 6 par. 1 CEDH, est réputée garantie (cf.

ATF 123 V 175 et JAAC 1998 n° 95 p. 917 ; ATFA du 21 avril 2004, I 621/03, consid. 4).

8. D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in: *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance 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 (voir

KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster).

Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, énumérés ci-dessus (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.5).

9. En l'espèce, dans leur rapport du 25 février 2004, les experts ont diagnostiqué, au sujet des troubles actuels, un trouble somatoforme douloureux persistant sous forme de fibromyalgie (F 45.4), un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel moyen à sévère (F 33.10), une personnalité à traits dépendants et histrioniques (F. 60.4), une claustrophobie ainsi que de discrets troubles de la statique et dégénératifs lombaires (discopathie L4-L5). Ils ont également retenu une incapacité de travail de 100% depuis mars 1999 dans l'activité de femme de chambre et une incapacité de travail dans une activité adaptée présente depuis l'année 2000 de façon fluctuante et s'élevant lors de leur examen à 50%.

Le rapport d'expertise du COMAI du 25 février 2004 se fonde sur des examens cliniques et pluridisciplinaires complets et prend en considération les plaintes exprimées par la recourante. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. Les experts se sont exprimés sur l'évolution de l'état de santé depuis le début de l'incapacité de travail ainsi que sur la capacité de travail exigible et ont dûment motivé leur point de vue. Il s'ensuit que le rapport d'expertise remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et la référence).

Pour sa part, la recourante soutient qu'elle ne souffre pas d'un syndrome somatoforme de type fibromyalgique mais bien d'une fibromyalgie, eu égard à l'évolution défavorable de son état de santé et de ses antécédents familiaux.

Cet argument doit être écarté, car il est sans pertinence en l'espèce. En effet, même si les Drs P _____, D _____ ET S _____ ont retenu un diagnostic de fibromyalgie, il n'y a pas de divergence fondamentale avec le diagnostic retenu par les experts, car la fibromyalgie et le trouble somatoforme douloureux sont des affections apparentées, voire même identiques, le diagnostic de fibromyalgie étant généralement posé par le rhumatologue et celui de trouble somatoforme douloureux par le psychiatre (cf. ATFA du 24 août 2005, I 752/04, consid. 4). Au demeurant, la question du diagnostic exact – trouble somatoforme douloureux ou fibromyalgie – importe peu en définitive, puisque, du point de vue de l'assurance-invalidité, sont seuls déterminants les effets de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et, partant, sur la capacité de gain, de la recourante. En soi, un diagnostic ne signifie pas encore qu'il existe une atteinte ayant valeur de maladie et des effets sur la capacité de travail et de gain (cf. ATF 127 V 298 consid. 4c).

Etant donné que les experts attestent l'existence d'une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée, il s'agit de déterminer dans un premier temps s'il existe une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer un processus de travail n'est pas exigible de la part de la recourante.

Quant aux traits de la personnalité histrioniques retenus par les experts, il ne s'agit pas à proprement parler d'une co-morbidité psychiatrique puisque le comportement histrionique entre dans le cadre des troubles somatoformes douloureux. En effet, selon la doctrine (Peter ROSATTI, De la sinistrose aux troubles somatoformes, L'expertise médicale, 2002, p. 82), les patients souffrant de troubles somatoformes présentent souvent un comportement histrionique et essaient d'attirer l'attention d'autrui, notamment quand ils ne réussissent pas à convaincre leurs médecins de la nature essentiellement physique de leur maladie et de la nécessité de poursuivre les investigations et les examens complémentaires.

En revanche, les troubles dépressifs récurrents moyens à sévères constituent une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes. En effet, selon la Dresse T _____, la recourante souffre d'épisodes dépressifs à répétition depuis l'adolescence sous forme de fluctuations de l'humeur, avec des périodes de trois semaines de baisse de l'humeur et retrait social alternant avec des périodes de stabilisation de l'humeur dans un contexte de conflit conjugal. Ces épisodes ont été plus marqués en 1991 (arrivée en Suisse), de 1994 à 1995 (problèmes conjugaux), en 1996 (accouchement) et depuis 1999. Ainsi que le soutient la recourante, il ne s'agit pas d'un état dépressif réactionnel mais d'une dépression présente depuis l'adolescence avec des épisodes plus marqués en 1991, 1994, 1996 et 1999. Les experts n'ont d'ailleurs nullement considéré que le trouble dépressif était réactionnel au trouble somatoforme douloureux. La durée de ce trouble dépressif qui existe maintenant depuis près de vingt ans et son acuité décrite par les experts

comme moyenne à sévère permettent de conclure que les critères d'acuité et de durée suffisamment importantes exigés par la jurisprudence sont réalisés.

Contrairement à ce que soutient l'intimé, il n'est pas possible dans le présent cas d'appliquer la jurisprudence de l'ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 dans la mesure où l'état dépressif de la recourante fait exception à la règle générale voulant qu'il ne constitue en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux. En effet, selon les explications données ci-dessus, il ne s'agit pas d'une manifestation réactive audit trouble, mais d'une affection autonome et antérieure au trouble somatoforme douloureux.

L'examen de la présence éventuelle d'autres critères dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux (cf. ci-dessus considérant 8) ne donne d'ailleurs pas un autre résultat.

En tant que la recourante souffre de discrets troubles dégénératifs et de la statique lombaire (discopathie L4-L5), l'existence d'affections corporelles chroniques est établie. Il en va de même du critère de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), puisque, selon les experts, la recourante présente une longue évolution des douleurs. En revanche, compte tenu, d'une part, de son aptitude à s'occuper de ses enfants, à assumer toutes les tâches ménagères y compris les repas, à effectuer les emplettes avec son mari, d'autre part, du maintien de contacts réguliers avec ses proches en retournant régulièrement dans son pays d'origine avec sa famille et de sorties quotidiennes sous forme de trente à quarante-cinq minutes de marche (cf. rapport d'expertise du COMAI p. 5 et 6), la recourante n'a pas épuisé toutes ses ressources adaptatives et ne subit pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, même si elle vit quelque peu dans une situation de retrait (ATFA du 2 mars 2005, I 690/04, consid. 6.2 et ATFA du 12 septembre 2005, cause I 497/04, consid. 5.2.2.).

Selon les experts eux-mêmes, les différents traitements suivis par la recourante ont été un échec ce qui permet de conclure que le critère de l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art est réalisé. De plus, ainsi que le fait remarquer la recourante, elle bénéficie d'une médication antidépressive depuis bientôt cinq ans et d'une psychothérapie mensuelle depuis quatre ans qui n'ont pas apporté d'amélioration puisqu'au contraire son état de santé s'est aggravé en septembre 2003. Par ailleurs, le trouble dépressif était qualifié de léger en 2001, puis de moyen à sévère dans le rapport d'expertise de février 2004, ce qui dénote une aggravation de l'état psychique qui doit être considéré comme cristallisé et sans évolution possible au plan thérapeutique. Il faut en effet observer que les variations dans la gravité du trouble dépressif sont inhérentes à celui-ci.

En définitive, la plupart des critères sont réalisés. Quant aux ressources psychiques de l'assurée, force est de constater qu'elles subsistent dans la mesure retenue par les experts. Un effort de volonté de la part de la recourante pour surmonter ses douleurs et mettre en pratique sa capacité résiduelle de gain est exigible à raison de 50% dans une activité adaptée légère.

10. Le caractère invalidant de l'affection de la recourante étant admis, il reste à évaluer son degré d'invalidité.

Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base, notamment, des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75. consid. 3b/bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. (ATF 124 V 321).

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle général, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 1997, p. 205 et 206).

Pour déterminer le revenu que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidé), il doit être tenu compte avant tout 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 - la jurisprudence admet la possibilité de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATFA du 21 juillet 2005, I 654/04, consid 5, ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb). Dans ce cas, on réduira le montant des salaires ressortant de ces données en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidé, tels que le handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). 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'invalidé qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la ca-

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 faut procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, 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 ss).

11. En l'espèce, le début de l'incapacité de travail de la recourante dans son activité de femme de chambre remonte au 16 mars 1999 de sorte qu'en application de l'art. 29 al. 1 let. b LAI, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer en 2000.

Selon les explications données par le Dr U_____ dans son rapport complémentaire du 25 août 2004, la capacité de travail résiduelle de la recourante dans une activité adaptée s'est dégradée de manière fluctuante depuis 2000, époque à laquelle le Dr N_____ retenait une capacité de travail de 90%, avant d'atteindre 50% au moment de l'expertise. De plus, selon le Dr N_____, une aggravation est survenue en septembre 2003 limitant la capacité de travail à 40%. Au vu de ces divers éléments, il faut admettre que la recourante présente une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée de 90% en 2000 et de 50% dès septembre 2003.

D'après les chiffres donnés par l'ancien employeur, la recourante aurait bénéficié, en 2000, d'un salaire identique à celui de 1999, à savoir 38'594 fr. 40.

S'agissant de l'invalidité apparue en 2000, elle ne donne pas droit à une rente d'invalidité puisqu'elle s'élève à 9% [38'594.40 – 35'091.55 (revenu d'invalidé à 90% fixé d'après les salaires statistiques et après déduction de 15%)].

Quant à l'invalidité à partir de septembre 2003, il faut adapter le revenu sans invalidité établi pour l'année 2000 à l'évolution des salaires nominaux dans l'hôtellerie jusqu'en 2003. Par conséquent, compte tenu d'une indexation de 2.4 % pour 2001, de 1.9 % pour 2002 et de 1.5 pour 2003 (évolution des salaires nominaux dans le domaine de l'hôtellerie, in : La Vie économique, 12-2005, tableau B 10.2), soit de 2'238 fr. 50 (38'594.40 x 5.8%), le revenu sans invalidité à prendre en considération se monte à 40'832 fr. 90 (38'594.40 + 2'238.50).

Pour ce qui est du revenu d'invalidé, il importe de préciser que la recourante n'a repris aucune activité professionnelle. Dès lors, il faut se référer aux données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires. Une activité simple et répétitive dans le secteur privé pour une femme (niveau de qualification 4) donnait droit en 2002 (ESS 2002, Tableau TA1, valeur médiane, tous secteurs confondus, part au 13ème

saire comprise) à un revenu de 45'840 fr. ($3'820 \times 12$). De plus, ce résultat doit être adapté à l'augmentation des salaires nominaux en 2003 en faisant une distinction entre les sexes et en appliquant l'indice relatif aux hommes ou aux femmes (ATF 129 V 410 consid. 3.1.2). Compte tenu du fait que l'indice des salaires nominaux pour une ouvrière adulte a progressé de 1.4% entre 2002 et 2003 (table T1P.39 de l'office fédéral de la statistique), soit de 641 fr. 75 ($45'840 \times 1.4\%$) le revenu hypothétique d'invalide en 2003 peut être fixé à 46'481 fr. 75 ($45'840 + 641.75$). Il faut encore l'adapter au temps de travail en 2003 qui était de 41.7 heures par semaine (table T2.5.2), ce qui donne un revenu annuel de 48'457 fr. 20 ($46'481.75 \times 41.7 : 40$). Etant donné que, selon les experts, une activité résiduelle ne peut être exigée qu'à 50%, il y a lieu de retenir un revenu hypothétique d'invalide de 24'228 fr. 60 ($48'457.20 \times 50\%$). Même dans une activité adaptée, la recourante doit éviter certaines tâches telles que le port de charges de plus de cinq kilos, le maintien de la position assise, respectivement debout plus de deux heures par jour et l'utilisation des membres supérieurs. De plus, son taux de capacité résiduelle de travail n'est que partiel. En conséquence, elle a droit à une déduction en raison des limitations liées à son handicap qui peut être fixée à 15%. En définitive, le revenu d'invalide s'élève à 20'594 fr. 30 ($24'228.60 - 15\%$ de 24'228.60). En comparant ce montant avec le revenu sans invalidité (40'832 fr. 90), on obtient une perte de gain de 20'238 fr. 60 ($40'832.90 - 20'594.30$) correspondant à un taux d'invalidité de 49.56 % ($20'238.60 : 40'832.90 \times 100$). Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul doit être arrondi au chiffre entier en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2). En conséquence, le taux d'invalidité de 49.56% doit être arrondi à 50% et donne droit à la recourante à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2003.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 750 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**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 partiellement (au sens des considérants).
3. Annule les décisions de l'OCAI des 26 avril 2005 et 6 octobre 2005.
4. Dit que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} septembre 2003.
5. Renvoie la cause à l'intimée pour calcul de la rente.
6. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de 750 fr. à titre de dépens.
7. 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

joint, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier

La présidente

Pierre RIES

Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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