RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1938/2004 **ATAS/715/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 6 septembre 2005

En la cause

Madame M_____, mais comparant par la CAP, Protection juridique, Monsieur Pierre HELIOT	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97 à Genève	intimé

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Maya CRAMER et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Madame M_____, ressortissante portugaise née le 20 octobre 1973, est arrivée à Genève en 1992. Elle est mariée et mère de deux enfants.

2. Sans formation professionnelle, elle a travaillé en tant que femme de chambre à la Clinique Générale Beaulieu de janvier 1994 à fin février 2001. Depuis lors, elle a été dans l'incapacité totale de travailler (avec une tentative de reprise en août 2001 qui a échoué) en raison notamment de lombosciatalgies droites.

3. En date du 6 novembre 2001, l'assurée a déposé une demande de prestations AI tendant à l'obtention de mesures d'orientation professionnelle, de mesures de reclassement ou d'une rente, l'atteinte consistant en douleurs au bas du dos descendant dans la jambe droite et douleurs aux coudes descendant jusqu'aux doigts.

4. Le Dr A_____, généraliste et médecin traitant, a adressé la patiente au Dr B_____, radiologue, pour examens complémentaires. Celui-ci a constaté que l'assurée présentait des lombalgies chroniques et a suggéré qu'elle soit hospitalisée dans le service de rhumatologie aux fins de l'intégrer dans un programme de rééducation "dos chronique".

5. Au printemps 2001, l'assurée a participé au programme « Objectif dos » dans le cadre de la Clinique de Rééducation à l'Hôpital de Beau-Séjour à Genève et a suivi des cours (école du dos) afin de mieux gérer ses lombalgies au quotidien.

6. Dans un rapport adressé à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) le 30 octobre 2002, le Dr C_____, rhumatologue, a posé les diagnostics de :

   - lombalgies chroniques,
   - hernie discale L5-S1,
   - syndrome du canal cubital bilatéral,
   - état dépressif réactionnel,

   ayant des répercussions sur la capacité de travail.

   Il a précisé que la capacité de travail comme femme de chambre était nulle, mais que, dans une activité adaptée en fonction de son état douloureux chronique, l'assurée pourrait travailler à raison de 50%. Il était néanmoins pessimiste quant à l'évolution du cas.

7. L'OCAI a mandaté la Dresse D_____, rhumatologue, aux fins d'expertise.

Dans son rapport du 14 février 2003, celle-ci a relevé que l'assurée présentait depuis 4 à 5 ans des lombalgies accompagnées de douleurs irradiant sur la face postérieure de la cuisse et de la jambe droites jusqu'à la malléole externe, ces douleurs étant apparues sans facteur déclenchant net et ayant entraîné plusieurs arrêts de travail n'ayant jamais dépassé une semaine. Depuis le 1er mars 2001, la patiente avait toutefois été mise à l'arrêt de travail en raison de l'exacerbation de la symptomatologie.

L'expert a considéré que le programme "Objectif dos" auquel l'assurée avait participé en 2001 n'avait pas apporté de changement notoire par rapport à sa symptomatologie. L'assurée avait néanmoins continué à pratiquer la physiothérapie en groupe à la piscine de Beau-Séjour où elle se rendait une fois par semaine.

Un traitement antidépresseur avait été instauré pendant l'été 2001, durant trois mois, sans grand effet sur les douleurs. La symptomatologie avait persisté et la patiente avait dû être hospitalisée du 24 octobre 2001 au 7 novembre 2001 dans le service de rhumatologie à l'Hôpital de Beau-Séjour en raison de l'aggravation de ses lombalgies et de ses douleurs aux deux mains. Un électroneuromyogramme (ENMG) avait mis en évidence des anomies focales de la conduction des nerfs cubitaux au niveau des deux coudes prédominant à droite, et le diagnostic de neuropathie focale d'origine mécanique avait été retenu. A la sortie de l'Hôpital de Beau-Séjour, en novembre 2001, la patiente avait porté des coudières de repos, ce qui avait eu une influence tout à fait favorable, puisque elle n'avait plus ressenti de douleurs au niveau des doigts de la main gauche et que la paresthésie avait nettement diminué au niveau des quatrième et cinquième doigts de la main droite.

La patiente a exposé à la Dresse D_____ que, depuis deux ans, elle n'était plus capable de tenir son ménage, que c'était une jeune fille au pair qui s'occupait des enfants, ses activités journalières étant organisées en fonction de sa symptomatologie douloureuse. Elle s'est déclarée déprimée et a indiqué qu'elle pleurait fréquemment en raison de la chronicisation de ses douleurs. Elle a dit trouver que de telles douleurs étaient inacceptables à son âge et qu'elle était incapable de se transposer dans l'avenir. Elle ne parvenait pas à se positionner dans une activité professionnelle quelle qu'elle soit, déclarant déjà ne pas parvenir à tenir son ménage. La patiente s'est également plainte de douleurs aux deux coudes, présentes également depuis deux à trois ans, avec des paresthésies au niveau des quatrièmes et cinquièmes doigts des deux mains.

La Dresse D_____ a posé les diagnostics de lombosciatalgie droite, de topographie L5-S1 non-irritative et non-déficitaire, de neuropathie cubitale bilatérale prédominant à droite (en nette amélioration), d'un état dépressif réactionnel s'étant développé progressivement depuis 2001.

L'experte a conclu que, d'un point de vue rhumatologique, l'on pouvait théoriquement estimer que la capacité de travail de la patiente était tout à fait envisageable à un taux de 50% pour des travaux légers de manutention simple, évitant des mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux ainsi que le port de charges. Cette activité devait également permettre une alternance des positions assise et debout. Elle a retenu ce taux en raison de l'état douloureux chronique qui jusqu'à maintenant n'avait pu être contrôlé par les différentes mesures antalgiques ainsi que les multiples prises en charge.

Par ailleurs, la Dresse D_____ a souligné qu'il ressortait de l'anamnèse ainsi que de l'histoire clinique de la patiente, qu'un état dépressif réactionnel était venu se greffer sur sa symptomatologie douloureuse depuis 2001 et qu'il avait certainement une influence négative sur sa capacité de travail ainsi que sur sa projection par rapport à son avenir aussi bien professionnel que familial. Elle a donc suggéré qu'un confrère psychiatre complète son examen et évalue l'influence de cet état dépressif sur la capacité de travail.

8. Dans un rapport du SMR LEMAN daté du 4 mars 2003, le Dr. E_____ a considéré que l'incapacité de travail de l'assurée était de 100% en qualité de femme de chambre, depuis mars 2001, et de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Il a souligné que le port de coudières avait bien amélioré la neuropathie cubitale bilatérale et que les lombalgies chroniques provoquaient un état dépressif réactionnel qui diminuait la capacité de travail de l'assurée de 50% dans une activité adaptée.

9. L'assurée a été mise au bénéfice d'un stage d'observation professionnelle à la Fondation PRO, du 12 mai au 3 août 2003 à 50%, le but de ce stage étant de permettre à l'assurée de reprendre une activité professionnelle de manière douce et progressive, ainsi que d'évaluer sa capacité de travail en temps et rendement dans une activité industrielle légère, tenant compte de ses limitations.

L'assurée ne s'est toutefois rendue à la Fondation PRO que trois jours, soit le 12, le 15 et le 19 mai, le Dr A_____ ayant établi un certificat d'arrêt de travail dès le 12 mai 2003. Le 3 janvier 2003, le médecin a indiqué qu'il convenait d'ajouter aux diagnostics mentionnés jusqu'ici (lombosciatalgies droites, hernie discale L5-S1 et syndrome du canal cubital bilatéral) celui de fibromyalgie. Il a précisé que, lors de l'hospitalisation d'octobre à novembre 2001, la positivité de 13 points de fibromyalgie sur 18 avait été notée, et qu'actuellement, on relevait l'apparition d'un état dépressif pour lequel un nouveau traitement médicamenteux ainsi qu'un suivi psychiatrique avaient été mis en place dès mai 2003. Il a estimé que l'incapacité de travail de l'assurée était de 100% dès le 30 août 2001 (et non depuis le 12 mai 2003). Il a souligné qu'aucun des traitements essayés jusqu'ici n'avait permis de soulager les douleurs de sa patiente.

10. Au vu de ces derniers renseignements, l'OCAI a demandé une expertise pluri-disciplinaire au COMAI sur conseil du Dr E_____.

11. L'examen a été effectué le 17 septembre 2003, et le rapport a été établi conjointement par le Dr F_____, rhumatologue, et le Dresse G_____, psychiatre.

    Il en ressort que sur le plan physique, la patiente est en très bon état général. Elle présente des douleurs à la palpation de plusieurs points algiques typiques d'une fibromyalgie, au total 10 points sur 18, l'étreinte des pieds et des mains étant également déclarée douloureuse, de même que la palpation des chevilles, points moins typiques d'une fibromyalgie. Les lombalgies qui avaient motivé l'arrêt de travail en 2001 se sont chronicisées malgré les divers traitements physiothérapeutiques et antalgiques.

    Les experts ont considéré que l'évaluation actuelle confirmait le diagnostic posé dans le service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève- HUG deux ans plus tôt. L'échec des différents traitements dont la patiente avait bénéficié, la longue durée de la maladie, la diminution des activités sociales avec les amis et les enfants, et la limitation de la tenue de son ménage leur ont fait penser que la fibromyalgie entraînait vraiment une diminution de la capacité de travail, celle-ci n'étant toutefois pas nulle comme l'affirmait la patiente. Ils ont indiqué que les rhumatologues qui avaient examiné l'assurée avaient retenu un taux de l'ordre de 50%, mais que pour leur part, ils estimaient qu'une capacité de travail de 60% était raisonnablement exigible dans l'activité antérieure.

    Selon eux, du point de vue médical, il n'y avait pas d'activité qui soit formellement contre-indiquée pour la recourante et l'expérience montrait que les personnes souffrant de fibromyalgie se limitaient dans les activités physiques par crainte d'aggraver les douleurs. En raison de la symptomatologie douloureuse, les efforts physiques étaient plus difficiles à réaliser avec une baisse de rendement. En l'occurrence, dans un travail léger à 60%, le rendement devait rester bon.

    Selon l'examen psychiatrique, l'expertisée restait passive, dans l'attente d'une solution magique de l'extérieur, persuadée qu'une fois les douleurs réglées, elle pourrait reprendre son activité comme avant. Les capacités de mentalisation et d'introspection étaient pauvres. Cela étant, il n'y avait pas de rumination ou d'idée noire, ni d'idée suicidaire objectivée. Il n'y avait pas de trouble formel de la pensée objectivée ni d'obsession ni de conduite compulsive ni de phobie mises en évidence. Il n'y avait pas non plus d'élément compatible avec un état de stress post-traumatique, ni d'élément de la lignée psychotique ou de la lignée dépressive objectivée.

A ce jour, la patiente ne présentait aucune maladie ou trouble psychiatrique invalidant, tels des épisodes dépressifs ou des troubles bi-polaires, des troubles anxieux ou états de stress post-traumatiques ou psychoses, ni troubles graves de la personnalité. Persistait un trouble somatoforme douloureux sans que l'on puisse relever à l'origine de ce trouble un facteur déclenchant. Ses relations au sein de la famille étaient bonnes, tout comme l'entente conjugale. Ce trouble somatoforme douloureux se répercutait essentiellement sur le plan psychosocial avec, selon l'expertisée, une tendance au retrait social, une propension à rester à domicile, à limiter ses activités et ses loisirs, ainsi que l'impossibilité selon elle d'exercer une quelconque activité. Les experts n'ont pas pu objectiver une comorbidité psychiatrique à ce trouble somatoforme douloureux, et ils ont conclu à une personnalité fragile, pré-morbide, chronifiée dans son status algique.

Le pronostic était défavorable quant à la reprise d'une activité professionnelle sans que l'on ne puisse toutefois diagnostiquer une maladie ou un trouble psychiatrique. Dès lors, la capacité résiduelle de travail était complète sur le plan psychique.

Les experts ont précisé en outre que la personnalité fragile pré-morbide et les facteurs sociaux représentaient des éléments négatifs quant à la reprise d'une activité professionnelle, sans que l'on puisse toutefois estimer que la personnalité était pathologique.

En conclusion, ils ont estimé que la capacité de travail de l'assurée comme femme de chambre était complète sur le plan psychique en tout cas depuis le mois de juillet 2003 et de 60% du point de vue somatique depuis le mois de février 2001.

12. Dans un rapport du 18 novembre 2003, le Dr E_____ (SMR) a relevé que le diagnostic de fibromyalgie ne réduisait que le rendement de l'assurée dans son activité avec fatigabilité, pauses, diminution de l'effort. Sur le plan psychique, il n'y avait pas de comorbidité, soit pas de pathologie susceptible de réduire la capacité de travail ou occasionner des limitations fonctionnelles, et il n'y avait pas eu d'aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis le début de son stage d'observation. Il a ainsi estimé que la capacité de travail était de 60% depuis février 2001 comme femme de chambre, et qu'il n'y avait pas de mesures professionnelles ou de reclassement à proposer.

13. En date du 17 mai 2004, l'OCAI a reconnu à l'assurée un taux d'invalidité de 47% basé sur la seule atteinte somatique et ouvrant le droit à un quart de rente dès le 30 août 2002, se ralliant ainsi aux conclusions de l'expertise du COMAI ainsi qu'à l'avis du SMR.

14. Le 16 juin 2004, l'assurée, représentée par la CAP, Protection juridique, a formé opposition à cette décision. Elle a fait valoir que selon son médecin traitant, le Dr

H_____, psychiatre, l'incapacité de travail est supérieure à celle retenue par l'OCAI, sans toutefois produire de rapport.

15. Par courrier du 16 juillet 2004, l'assurée a motivé son opposition. Elle a allégué être dans l'incapacité totale de travailler depuis le 1er août 2001 et a déclaré que son état de santé s'aggravait, soulignant que ses médecins étaient d'avis qu'elle avait une capacité résiduelle de 50% seulement, contrairement à l'expertise du COMAI qui avait retenu une capacité de 60%. Elle a par conséquent conclu à l'annulation de la décision querellée.

16. Par décision du 17 août 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition au motif qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions du COMAI.

17. Le 20 septembre 2004, l'assurée a interjeté recours contre la décision précitée, considérant que le taux d'invalidité retenu était erroné, que sa capacité à exercer son ancienne activité était nulle, et qu'il existait une comorbidité associée aux symptômes de fibromyalgie constatés, d'où une atteinte sur le plan psychique également. Elle a conclu à l'annulation de la décision du 17 août 2004 et à l'octroi d'une demi-rente dès le 1er août 2002.

    Elle a produit un rapport du Dr. H_____, psychiatre, daté du 28 septembre 2004, aux termes duquel la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée était de 50%.

18. Par préavis du 4 novembre 2004, l'OCAI a dénié toute valeur probante au rapport du Dr H_____, motif pris notamment que celui-ci ne mentionnait aucun diagnostic psychiatrique, et a conclu au rejet du recours.

19. Par courrier du 10 décembre 2004, la recourante a précisé être suivie par le Dr H_____ depuis novembre 2003.

20. Le 29 mars 2005, elle a également versé au dossier un rapport établi le 27 décembre 2004 par le Dr B_____, psychiatre, lequel a fait état d'un trouble somatoforme douloureux, d'un épisode dépressif léger et d'une comorbidité psychiatrique pas sévère, confirmant pour le surplus l'incapacité de travail telle qu'évaluée par les experts du COMAI.

21. Le 19 avril 2005, le SMR a considéré qu'il n'y avait pas d'élément nouveau, dans la mesure où la comorbidité n'avait pas de valeur invalidante et par courrier du 12 mai 2005, l'OCAI a maintenu sa position.

22. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

23. Les autres faits pertinents du dossier seront repris en tant que de besoin dans la partie en droit du présent arrêt.

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. 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 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les 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

4. Interjeté le 17 septembre 2004 contre la décision sur opposition notifiée le 18 août 2004 par l'OCAI, le recours est recevable à la forme conformément aux art. 56, 59 et 60 LPGA.

5. L'objet du litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'OCAI a reconnu à la recourante une invalidité de 47% (basée exclusivement sur une atteinte physique) justifiant l'octroi d'un quart de rente dès le 30 août 2002.

6. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain présumée permanente ou de longue durée qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également art. 8 LPGA).

La circulaire concernant l'invalidité et l'impotence (ci-après CIIAI) précise que l'invalidité ainsi comprise comporte trois éléments constitutifs, à savoir une atteinte à la santé, une incapacité de gain, et un rapport de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain (chiffre 1001). Le chiffre 1015 de ladite circulaire souligne que les troubles psychiques qui sont provoqués principalement par des circonstances extérieures tel que le surmenage causé par l'exercice de plusieurs professions ou un milieu défavorable, mais qui disparaissent si les circonstances sont modifiées d'une manière raisonnablement exigible, n'ont en eux-mêmes pas valeur d'invalidité.

En ce qui concerne le lien de causalité entre l'incapacité de gain et l'atteinte à la santé, l'on ne saurait parler d'invalidité, au sens de l'AI, que si l'incapacité de gain ou l'incapacité de travail spécifique résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Il doit dès lors exister un lien de causalité entre ces deux éléments. Cependant, une personne qui ne présenterait pas une incapacité de travail au moins partielle ne peut prétendre à une incapacité de gain et, dès lors ne peut être considérée comme invalide. En particulier, il n'y a pas de lien de causalité et l'on n'est pas en présence d'un cas d'invalidité lorsque l'incapacité de gain n'a pas été provoquée par une atteinte à la santé, mais par d'autres facteurs, notamment par la situation économique ou pour des raisons inhérentes à la personnalité de l'assuré, tel par exemple un manque d'ardeur au travail (CIIAI chiffres 1022 et suivants).

7. Pour pouvoir apprécier le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge s'il y a recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement 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).

En ce qui concerne par ailleurs 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 qu'enfin les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. L'expertise doit donc être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des

réponses exhaustives et sans équivoques aux questions posées. Cela dit, elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, 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. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le Tribunal en affirme 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, l'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 ; 112 V 32ss et les références).

8. En l'espèce, dans leurs rapports respectifs, les Drs C_____ et D_____ ont estimé la capacité de travail de la recourante à 50%. Seul le médecin traitant a considéré qu'elle était totalement incapable de travailler. Quant aux spécialistes du COMAI, ils ont fixé la capacité de travail à 60% dans la profession antérieure. Le Dr B_____ s'est rallié aux conclusions de la Dresse D_____ et du COMAI s'agissant des limitations physiques.

La Dresse D_____ a considéré, en février 2003, que d'un point de vue rhumatologique, l'on pouvait théoriquement estimer à 50% la capacité de travail de la patiente pour des travaux légers de manutention simple, évitant des mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, ainsi que le port de charges, cette activité devant également permettre une alternance des positions assise et debout. C'est en raison de l'état douloureux chronique ainsi que de l'état dépressif de la recourante qu'elle a retenu une incapacité de travail de 50%.

Il ressort de l'expertise pluridisciplinaire réalisée en septembre 2003 dans le cadre du COMAI que du point de vue rhumatologique, la capacité de travail résiduelle a été estimée à 60% dans la profession antérieure, compte tenu des douleurs ressenties par la recourante. Les experts ont procédé à un examen complet et minutieux de l'état de santé de l'assurée. Pour ce faire, ils se sont appuyés sur

l'entier du dossier, notamment sur les certificats des médecins ayant examiné la patiente auparavant, de sorte que l'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 longuement entendue par les experts. Son état de santé a fait l'objet d'examens approfondis. Le rapport est circonstancié et les experts du COMAI ont procédé à une séance de décision multidisciplinaire afin de parvenir à des conclusions claires.

Il sied de rappeler à cet égard que, selon la jurisprudence constante, il y a lieu d'attacher plus d'importance aux constatations faites par les spécialistes qu'à l'appréciation faite par le médecin traitant (RCC 1988 p. 504).

Le Tribunal constate ainsi que c'est à bon droit que l'autorité intimée s'est ralliée aux conclusions des experts du COMAI pour retenir une capacité de travail de 60%. En effet, en l'absence d'éléments permettant de mettre en doute les conclusions des experts, et dans la mesure où le rapport répond à toutes les exigences jurisprudentielles en la matière, il convient de lui reconnaître pleine valeur probante.

9. Reste à déterminer si le trouble somatoforme douloureux diagnostiqué par le Dr B_____ et la Dresse G_____ a ou non une influence sur la capacité de travail.

La Dresse G_____, psychiatre, appelée à examiner l'assurée dans le cadre du COMAI, n'a pu déceler aucune pathologie psychiatrique. Elle a considéré que l'intéressée était cohérente, qu'elle ne présentait pas de trouble de la pensée, ni d'élément de la lignée psychotique ou dépressive objectivée. Elle a noté cependant que la recourante se décrivait comme définitivement incapable de reprendre toute activité professionnelle, qu'elle présentait une attitude d'échec, n'envisageant pas de situation intermédiaire, telle une occupation partielle ou une autre activité professionnelle. C'est ainsi qu'elle a posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux et a conclu à une personnalité fragile chronifiée dans son status algique avec mécanisme d'accoutumance à cet état. En l'absence de maladie ou trouble psychiatrique invalidant, tels des épisodes dépressifs ou des troubles bipolaires, aucune incapacité de travail invalidante n'a cependant été retenue sur ce plan.

Le Dr B_____, dans son rapport d'expertise du 27 décembre 2004, a confirmé que la recourante souffrait d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et d'un épisode dépressif majeur de degré peu sévère, à évolution chronique. Il a précisé que le premier restreignait les capacités de la patiente dans son activité professionnelle (limitations physiques liées à ce trouble ainsi qu'à la fibromyalgie et aux lombosciatalgies) et s'est référé aux conclusions des

expertises réalisées par la Dresse D_____, rhumatologue, ainsi que par le COMAI sur le plan physique. Quant au trouble dépressif en tant que tel, apparu en 2001, il a considéré qu'il ne constituait pas un facteur important de l'incapacité de travail et devait être traité par une médication appropriée. La comorbidité psychiatrique constatée sous forme d'un épisode dépressif léger n'augmentait pas selon lui l'incapacité de travail évaluée sur la base des expertises rhumatologiques.

10. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens des art. 8 LPGA et 4 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, où qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 1996 page 318 consid. 2a, page 321 consid. 1a, page 424 consid. 1a ; RCC 1992 page 182 consid. 2a et les références).

Selon la jurisprudence la plus récente du Tribunal fédéral des assurances (ATFA non publiés I 282/03 et I 283/03 du 8 juin 2004 et I 870/02 du 21 avril 2004), 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 I 683/03 du 12 mars 2004, destiné à la publication, 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 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, une telle atteinte n'entraîne pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de la loi. Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, l'atteinte se manifeste 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 I 683/03 précité consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique le seul diagnostic de troubles psychiques ne suffit pas en soi 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 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 I 683/03 précité consid. 2.2.4. et les arrêts cités).

11. 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 (ATFA non publié du 23 juin 2004 en la cause I 172/03 ; VSI 2000 p. 155 consid. 2c; arrêt N. précité, consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 76ss, spéc. 80ss).

Il convient d'examiner dans le cas d'espèce les critères fixés par la jurisprudence précitée dont la réalisation permet de considérer qu'un effort de volonté en vue de

surmonter la douleur et de se réintégrer dans un processus de travail n'est pas exigible.

- L'existence d'une comorbidité psychiatrique importante a été clairement niée tant par le Dr B_____ que par la Dresse G_____.

- Le critère de la chronicité et de la durée des douleurs, susceptible de fonder un pronostic défavorable à propos de l'exigibilité d'une reprise de l'activité professionnelle, apparaît en revanche manifestement réalisé ici.

- Bien que l'assurée souffre d'un certain isolement, on ne peut retenir une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. En effet, telle que décrite par les médecins, sa vie sociale apparaît normale ; elle est bien entourée par sa famille et ses relations conjugales sont bonnes

- L'intéressée a suivi un traitement médicamenteux (antidépresseurs) durant trois mois, en été 2001, mais n'a été prise en charge que depuis mai 2003 sur le plan psychiatrique. Au vu de ce qui précède, l'on ne peut conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique.

- De même, ne peut-on conclure in casu à l'échec de tous traitements conformes aux règles de l'art au vu de l'attitude générale passive et démotivée dont fait preuve l'intéressée selon les experts du COMAI.

12. Il ne se justifie pas en l'occurrence d'admettre l'existence de troubles physiques et psychiques ayant des répercussions invalidantes sur la capacité de travail du recourant supérieures à 40%. Il apparaît qu'un trouble somatoforme douloureux invalidant ne peut être retenu en l'espèce et que seule l'incapacité de 40% retenue à l'unanimité par les experts doit être prise en considération dans l'estimation de l'invalidité, dès lors que le diagnostic de fibromyalgie ne réduit que le rendement de l'assurée dans son activité, avec fatigabilité, pauses, diminution de l'effort.

    Par ailleurs, il sied de souligner que l'estimation faite par la Dresse D_____ prenait très largement en compte les plaintes et l'état dépressif de la recourante, quoiqu'elle ait constaté une amélioration de son état de santé. Quant au Dr A_____, il n'est pas inutile de rappeler que, selon la jurisprudence, il y a lieu d'attacher plus d'importance aux constatations faites par les spécialistes qu'à l'appréciation faite par le médecin traitant.

13. En cas de maladie de longue durée, le droit à un quart de rente naît lorsqu'une incapacité de travail d'au moins 40% a persisté pendant une année au minimum sans interruption notable (art. 29 al.1, let. b LAI).

Pour évaluer l'invalidité, le revenu du travail que la personne invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre d'elle est comparé au revenu qu'elle aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide. La perte de gain qui en résulte détermine le degré d'invalidité en pour cent (art. 16 LPGA)

L'OCAI a retenu, après application de la méthode susdécrite de comparaison des revenus, un taux d'invalidité de 47%, ouvrant le droit à un quart de rente à l'assurée dès le 30 août 2002. Le calcul en tant que tel de l'invalidité n'ayant pas été contesté et ne prêtant pas le flanc à la critique, nul n'est besoin d'y revenir plus longuement.

Il apparaît que c'est à bon droit que l'OCAI a octroyé à la recourante un quart de rente, basé sur un taux d'invalidité de 47%, dès le 30 août 2002.

14. Eu égard à ce qui précède, le recours est rejeté au sens des considérants

PAR CES MOTIFS

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La présidente
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Alexandra PAOLIELLO

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