

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/225/2009

ATAS/1458/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 26 novembre 2009

En la cause

Madame R_____, domiciliée chemin à AÏRE, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître David METZGER

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, GENÈVE

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente

EN FAIT

1. Madame R_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1968, a travaillé à compter du 1^{er} décembre 2002 à Aïre-Le Lignon en tant que nettoyeuse à raison de 18,8 heures par semaine (ce qui représentait un taux d'occupation de 47%).
2. Le 13 novembre 2006, l'assurée a fait une chute dans les escaliers et s'est cognée la tête.
3. Dans un rapport du 9 février 2007, la Dresse A_____, médecin à la permanence de Cornavin, a diagnostiqué une contusion occipitale sans pathologie osseuse et attesté d'une totale incapacité de travail du 14 novembre au 3 décembre 2006, étant précisé que le travail avait été repris le 4 décembre 2006.
4. Dans un rapport du 13 novembre 2007, le Dr B_____, également médecin à la permanence de Cornavin, a diagnostiqué des algies de la colonne vertébrale ainsi qu'un antélisthesis C4-C5 et C5-C6 avec paresthésies. Il a pour sa part conclu à une reprise du travail à 100% dès le 4 mai 2007, capacité sur laquelle il devait revenir par la suite.
5. Dans un rapport du 10 décembre 2007, le Dr C_____, chirurgien-orthopédiste, à relaté que l'assurée se plaignait de douleurs cervicales et dorsales persistantes sans troubles neurologiques associés, de douleurs diffuses et qu'elle disait se sentir de plus en plus déprimée. Les radiographies de la colonne cervicale ne montraient rien de bien particulier alors que la radiographie de la colonne lombaire faisait suspecter une petite scoliose. Le médecin a dit ne pas avoir trouvé d'arguments anatomiques ou radiologiques expliquant les douleurs cervico-dorso-lombaires. Il a émis l'hypothèse que l'assurée présentait un trouble architectural global de la colonne antérieur à son accident et l'a encouragée à reprendre progressivement une activité physique légère.
6. Le 10 janvier 2008, l'assurée a déposé une demande de rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité.
7. Le 18 février 2008, l'assureur-accidents l'a informée qu'il mettait un terme à ses prestations avec effet au 1^{er} juin 2007.
8. Le 5 juin 2008, l'OCAI a refusé l'octroi de mesures de réadaptation au motif que ces dernières ne pouvaient entrer en considération au vu de l'état de santé de l'assurée.
9. Dans un rapport du 7 juillet 2008, le Dr B_____ a diagnostiqué une probable lésion du ligament postérieur de la colonne cervicale depuis le 16 novembre 2006 ainsi qu'une fibromyalgie. Il a indiqué qu'il suivait l'assurée depuis le 22 février 2007 et qu'elle se plaignait de fortes douleurs à la colonne cervicale scapulaire et

lominaire. Selon lui, son incapacité de travail était totale depuis le 4 mai 2007. Le médecin a émis l'avis que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible de sa patiente mais que ses limitations fonctionnelles pourraient être contournées par un travail varié. A cet égard, il a précisé que, depuis 2007, l'assurée ne pouvait pas exercer des activités se pratiquant uniquement en position debout ou assise, travailler les bras au-dessus de la tête, en position accroupie, à genoux, effectuer des rotations en position assise ou debout, soulever ou porter des charges, ou encore monter sur une échelle ou un échafaudage. Au surplus, ses capacités de concentration et de compréhension étaient limitées pour des raisons linguistiques.

10. L'OCAI a confié un mandat d'expertise médicale au centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) de Genève. L'assurée, accompagnée par sa fille, a été examinée par les Drs D_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation FMH, ainsi que par le Dr E_____, psychiatre et psychothérapeute FMH. A cette dernière occasion, elle était assistée par une traductrice.

Il ressort du rapport établi par le COMAI que l'assurée se plaint de douleurs dans la région occipitale et la nuque, de troubles du sommeil, de nervosité, d'irritabilité et de fatigue. La journée, elle assure ne faire quasiment plus rien si ce n'est dormir et rester assise à regarder dans le vide. En revanche, elle marche environ deux fois par jour avec son mari pendant une heure à une heure et demie.

L'assurée a expliqué avoir repris le travail à 50% dès le 3 décembre 2006 jusqu'à la recrudescence de cervicalgies et de nausées, ce qui avait finalement entraîné un arrêt de travail définitif dès le 3 mai 2007.

À l'examen, le Dr D_____ a constaté une limitation de la mobilité cervicale active avec des contractures paravertébrales et l'absence de symptômes neurologiques. Il a relevé la présence de 12 points de fibromyalgie sur 18.

Quant à lui, le Dr E_____ a indiqué que la patiente était extrêmement plaintive et démonstrative. Il a noté qu'elle adoptait des comportements algiques qui disparaissaient au cours de l'entretien pour reprendre à la fin. Elle présentait un rétrécissement du champ de la pensée sur les douleurs et la collaboration était difficile en raison d'une importante digression. Le médecin n'a pas constaté de ralentissement psychomoteur, de fatigue marquée en fin d'entretien, de tristesse, de problèmes de concentration et de mémoire. En revanche, il a dépeint l'assurée comme anxieuse, donnant l'impression d'avoir des faibles capacités d'élaboration psychique et présentant des comportements passifs agressifs. Le Dr E_____ a finalement retenu les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié (F45.1) depuis novembre 2006, de dysthymie (F34.1) depuis novembre 2006 et de traits de personnalité passive agressive, tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée. Il a estimé que cette dernière ne rencontrait pas de limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique et pouvait exercer son activité habi-

tuelle à raison de huit heures par jour sans diminution de rendement. Selon lui, on pouvait raisonnablement exiger de l'assurée qu'elle fournisse un effort de volonté pour surpasser les effets de sa maladie.

Dans leur rapport d'expertise interdisciplinaire du 29 septembre 2008, les experts ont diagnostiqué des cervicalgies chroniques. Ils ont également mentionné, mais sans leur reconnaître d'influence sur la capacité de travail, une hypertension artérielle traitée, un trouble somatoforme indifférencié, une dysthymie, des traits de personnalité passive agressive et une anémie ferriprive. Ils ont préconisé d'éviter les gestes répétitifs supérieurs et le port de charges de plus de 10 kilos en raison des contractures musculaires de la ceinture scapulaire. Les experts ont conclu à une diminution de rendement de 20% en raison des contractures musculaires. Quant à la capacité résiduelle de travail, ils l'ont jugée complète, à condition de respecter les limitations fonctionnelles décrites. Ils ont jugé que l'activité exercée jusqu'alors était encore exigible à raison de huit heures par jour. Selon eux, l'incapacité de travail a été totale à compter du 13 novembre 2006 - date de la chute - mais l'état de l'assurée s'est progressivement amélioré dans les trois à six mois consécutifs. L'incapacité persistante ne s'explique pas par des raisons médicales mais plutôt motivationnelles et socioculturelles. Il n'y a pas de limitation médicale sur le plan psychique à s'habituer au rythme de travail ou à utiliser les ressources existantes.

Au vu du processus d'invalidation avancée, les médecins ont souligné que la réinsertion professionnelle devait passer par un conditionnement physique et psychique pour permettre à l'assurée de se réapproprier l'idée qu'elle était apte à utiliser son corps sans le mettre en danger, par exemple par un stage professionnel de quelque trois à six mois. La capacité de travail aux postes occupés jusqu'alors pourrait être améliorée par un soutien psychothérapeutique et un traitement antidépresseur ainsi qu'une physiothérapie de reconditionnement musculaire et aussi de relaxation. Cela permettrait de limiter le processus d'invalidation et de retrouver une capacité de travail complète en quelques mois.

11. Dans un rapport du 16 octobre 2008, le Dr F_____, médecin au service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a estimé qu'on pouvait admettre qu'un processus de type fibromyalgique s'était mis en place, ce qui expliquerait les douleurs cervicales alléguées ainsi qu'une partie de la fatigue présentée. Selon lui, les raisons empêchant l'assurée de reprendre son activité de travail sortaient du champ médical, raison pour laquelle il ne pouvait adhérer à l'idée d'une reprise d'activité progressive dans le cadre d'un stage. Il lui paraissait acceptable de compter six mois d'arrêt de travail complet après la contusion cervicale, comme l'avait fait l'assurance-accidents, et de conclure que la capacité de travail avait ainsi été entièrement recouverte dès juin 2007, quelle que fût l'activité. Les critères permettant de reconnaître un caractère invalidant à la fibromyalgie n'étaient par ailleurs pas remplis puisqu'il n'y avait ni affection psychique sévère, ni traitement médicamenteux.

teux efficace en cours. De plus, la baisse d'humeur était partie intégrante du processus fibromyalgique.

12. Le 24 octobre 2008, l'OCAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande de rente au motif qu'elle ne présentait aucune maladie invalidante et avait recouvré une capacité de travail entière à compter du 1^{er} juin 2007.
13. Par courrier du 20 novembre 2008, l'assurée a indiqué qu'une évaluation de son état était en cours au service de médecine interne de réhabilitation des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) depuis le 11 novembre, d'une durée minimale de deux semaines à un mois. Elle a suggéré que cette évaluation permettrait à l'OCAI de disposer d'une appréciation supplémentaire et complète qui lui permettrait de mieux se déterminer.
14. Dans un courrier adressé à l'OCAI le 21 novembre 2008, le Dr B _____ a expliqué que la situation de l'assurée s'était fortement aggravée depuis le dépôt de la demande de prestations : elle avait été hospitalisée le 19 novembre 2008 pour une durée indéterminée dans un but d'investigations multiples, notamment au niveau cardiaque.
15. Le 8 décembre 2008, l'OCAI a rendu une décision formelle rejetant la demande de prestations.
16. Par écriture du 23 janvier 2009, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant, préalablement, à ce qu'une expertise judiciaire pluridisciplinaire soit ordonnée, principalement, et sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière depuis le 1^{er} juillet 2008 et à l'octroi de mesures professionnelles.

La recourante reproche aux experts de s'être basés sur une anamnèse ne reflétant pas fidèlement la réalité faite d'avoir été établie avec l'aide d'un interprète, d'avoir minimisé ses plaintes, de ne pas avoir analysé sa capacité de travail en fonction des critères jurisprudentiels applicables en matière de fibromyalgie et de ne pas avoir suffisamment motivé leurs conclusions, dont elle soutient qu'elles sont lacunaires.

La recourante fait grief à l'expert psychiatre de l'avoir évaluée de manière purement subjective, sur la base d'un seul entretien, et de ne pas avoir eu recours à des tests psychométriques. Elle en tire la conclusion que son rapport ne saurait se voir reconnaître pleine valeur probante, d'autant que, le Dr G _____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a attesté du fait qu'elle traversait un épisode dépressif sévère et souffrait au surplus d'un trouble panique sévère depuis 18 mois.

Selon la recourante, les différents documents médicaux produits attestent tous de l'existence de nombreuses atteintes, notamment psychiques, à caractère invalidant

et dont le cumul entraîne, en tenant compte d'un contexte global, une diminution évidente de sa capacité de travail.

À l'appui de son recours, elle produit divers documents médicaux, notamment un rapport d'hospitalisation des HUG et un rapport du Dr G_____ :

- du rapport établi le 1^{er} décembre 2008 par la Dresse H_____, cheffe de clinique, suite à l'hospitalisation de la recourante du 11 au 27 novembre 2008 dans le service de médecine interne de réhabilitation des HUG, il ressort qu'ont été retenus comme diagnostics, à titre principal, un état dépressif sévère, à titre secondaire, une syncope sur hyperventilation dans le cadre d'attaques de panique, des cervicalgies chroniques post-traumatiques sans déficit neurologique et une anémie normochrome normocytaire ferriprive ; la patiente a été adressée aux HUG par son psychiatre au motif que les soins étaient impossibles à domicile en raison d'un état dépressif sévère et qu'il fallait adapter les antalgiques et procéder à un bilan concernant des syncopes apparues une semaine avant l'hospitalisation ; après avoir exclu une origine cardiaque, épileptique, électrolytique, médicamenteuse et une atteinte du système nerveux central, les médecins ont retenu comme cause des pertes de connaissance une probable hyperventilation dans le contexte d'attaques de panique mises en évidence lors du séjour de l'assurée ; s'agissant des cervicalgies chroniques sans déficit neurologique, un scanner cervical n'a montré aucune lésion organique ; il a encore été précisé que, suite à l'introduction d'un traitement antalgique, les douleurs avaient évolué favorablement ;

- du rapport établi le 19 janvier 2009 par le Dr G_____, il ressort que ce dernier a reçu l'assurée accompagnée de son mari en date du 3 novembre 2008, en raison d'une symptomatologie anxio-dépressif sévère ; le médecin explique avoir décidé d'hospitaliser la patiente en raison de l'intensité des douleurs dont elle se plaignait à la base du cou et de la situation familiale, qu'il a qualifiée de dramatique (la recourante ne supportait plus le bruit d'une simple discussion de ses enfants et ne cuisinait plus depuis plus d'une année) ; l'assurée disait avoir complètement perdu confiance en elle, se sentir incapable et décrivait une estime d'elle-même de 1 sur une échelle de 1 à 10 ; elle se sentait très déprimée et présentait une nette diminution de l'aptitude à penser ainsi qu'à se concentrer ; son sommeil était aléatoire et le réveil toujours difficile avec, d'emblée, une sensation de fatigue extrême ; la patiente souffrait par ailleurs depuis un an d'hallucinations visuelles et auditives et décrivait des pensées récurrentes de mort avec idées suicidaires, tout en excluant un passage à l'acte en raison de ses convictions religieuses ; elle souffrait également depuis plus d'une année d'attaques de panique récurrente, survenant le plus souvent de façon spontanée ; le Dr G_____ a souligné que la prise en charge venait de débuter mais qu'il n'avait pas relevé d'amélioration sensible lui permettant de se prononcer en faveur d'une quelconque reprise d'activité ; il a retenu les diagnostics d'épisode

dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) et de trouble panique sévère (F41.01) depuis 18 mois et réservé son pronostic en raison de la longue période de décompensation et du contexte socio-économique peu favorable ; en définitive, il s'est déclaré favorable à l'octroi d'une rente entière d'invalidité jusqu'à ce que la patiente puisse reprendre le dessus.

17. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 27 février 2009, a conclu au rejet du recours. Il soutient qu'au vu des critiques sur le déroulement de l'expertise, il appartient à la recourante de démontrer d'une part, qu'elle ne maîtrise pas suffisamment la langue française pour qu'une expertise fût menée dans cette langue et, d'autre part, que ses interventions ont été mal comprises par l'expert. L'intimé produit au surplus un avis émis en date du 19 février 2009 par le Dr F_____, lequel considère que si la recourante, suite à la communication du projet de décision de refus de rente, a présenté une décompensation psychique sévère qui s'est amendée suite à l'adaptation de la médication, la lettre de sortie des HUG ne contient aucun élément objectif venant étayer le diagnostic d'épisode dépressif sévère et d'attaques de panique. S'agissant du rapport du Dr G_____, le Dr F_____ relève que le status clinique comprend de nombreux éléments allégués par la recourante mais que les éléments objectifs ne permettent pas de procéder à une évaluation différente de celle à laquelle le SMR s'est précédemment livrée.
18. Le 30 avril 2009, les parties ont été entendues par le Tribunal de céans dans le cadre d'une audience de comparution personnelle, en présence d'un interprète. La recourante a déclaré qu'elle comprenait assez bien le français car ses enfants avaient été scolarisés ici et le parlaient couramment. Elle aidait ses enfants en albanais et eux-mêmes l'aidaient en français. Elle se débrouillait ainsi dans la vie de tous les jours.

Elle a admis que, lors de l'entretien avec l'expert psychiatre, elle avait bien compris les questions, mais a indiqué avoir eu du mal à s'exprimer, notamment en raison d'une attaque de panique qui l'avait opprimée. Une crise de panique analogue l'avait saisie lors d'une consultation chez le Dr G_____. Elle avait serré les dents involontairement, ses poings s'étaient crispés et il lui avait été difficile de respirer. Le médecin avait dû l'adresser aux HUG. L'expert avait bien vu qu'elle n'arrivait plus à parler, mais il n'avait sans doute pas compris ce qui lui arrivait car il n'avait pas réagi. Elle était accompagnée de sa fille âgée de 16 ans qui lui avait expliqué son état mais il n'avait pas écouté.

La recourante a relaté que l'expertise avait duré dans l'ensemble quatre heures, que cela s'était bien passé avec le premier médecin, qui l'avait examinée et auscultée. C'était chez le second, qui n'avait fait que parler avec elle, que s'était déclenchée l'attaque de panique. Alors qu'elle avait eu le sentiment d'être sur le point de mourir, le médecin s'était contenté d'en rire. Elle n'avait pas pu exprimer ce qu'elle souhaitait, même si elle avait compris les questions qui lui étaient posées. Le se-

cond volet de l'examen avait duré deux heures durant lesquelles elle n'avait pu quitter cet état de panique. Il n'y avait pas de traducteur, mais seulement sa fille. Ce n'était que chez le troisième médecin qu'une traductrice était présente. Les trois consultations s'étaient déroulées les unes à la suite des autres dans le même endroit, durant quatre heures et demie environ.

La recourante a expliqué qu'elle pleure beaucoup et fait de nombreux cauchemars autour de la mort. Elle rêve que les morts viennent la chercher. Cela déclenche chez elle des angoisses telles que s'ensuit une difficulté à respirer. Sans les médicaments, ses mains et ses pieds tremblent et/ou sont crispés. Ce sont ses quatre enfants et son mari qui s'occupent des tâches ménagères.

Pour sa part, l'intimé a souligné que seule une partie de l'expertise s'était déroulée en l'absence d'interprète et en la présence de la fille de la recourante puisque le Dr E _____ était assisté d'une traductrice.

Le Tribunal a constaté que les phrases formées par la recourante étaient syntaxiquement incorrectes et qu'elle s'exprimait plutôt par substantifs mais que, ceci dit, elle arrivait à se faire comprendre dans les grandes lignes.

19. Le 8 mai 2009, la recourante a produit de nouvelles pièces, notamment un rapport du Dr I _____, généraliste FMH, daté du 4 mars 2009, dans lequel le médecin exprime l'avis que sa patiente est de toute évidence médicalement inapte à l'emploi en raison d'une problématique certainement d'origine psychiatrique, qu'elle a des angoisses, que ses nuits sont perturbées par des cauchemars, qu'elle ne supporte ni le bruit ni la lumière trop intense, qu'elle ne fait plus rien à la maison et dort la plupart du temps, laissant à ses quatre enfants le soin de s'occuper des tâches ménagères et des repas. Le médecin émet l'opinion qu'une demande de prestations provisoires auprès de la caisse de prévoyance du personnel de l'Etat est justifiée.
20. Par écriture du 27 mai 2009, l'intimé soutient que la recourante n'a pas démontré que sa compréhension du français a eu une incidence sur le déroulement des entretiens d'expertise et qu'en conséquence, l'expertise du COMAI doit se voir reconnaître pleine valeur probante.
21. Informées que le Tribunal de céans se proposait de mettre sur pied une expertise psychiatrique, les parties, par courriers du 17 novembre 2009, respectivement du 25 novembre 2009, n'ont soulevé aucun motif de récusation ni proposé de modification des questions qui leur avaient été soumises.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ; E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur

la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (ATF 130 V 446 consid. 1; ATF 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, sont régies par le même principe et sont donc applicables pour ce qui a trait au droit à la rente dès cette date.
3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision date du 8 décembre 2008 et les délais de recours sont suspendus du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 2 LPGA) de sorte que le recours du 23 janvier 2009 a été formé en temps utile (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est donc recevable (art. 56ss LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière de l'assurance-invalidité, notamment sur le caractère invalidant de ses troubles psychiques.
5. En vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4). Lorsque le juge considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés, il peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136).

6. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, 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. 3).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee; ATFA non publié I 592/99 du 13 mars 2000). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

7. En l'espèce, dans leur rapport d'expertise du 29 septembre 2008, les Drs D _____ et E _____ ont conclu que les cervicalgies chroniques de la requérante entraînaient une diminution de rendement de 20% dans l'activité de nettoyeuse. En revanche, selon eux, le trouble somatoforme indifférencié, la dysthymie et les traits de personnalité passive agressive n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail de l'intéressée. Ces médecins ont relevé que l'importante douleur persis-

tante accompagnée de contractures musculaires ne s'explique pas d'un point de vue somatique. Sur le plan psychiatrique, ils n'ont retenu que le diagnostic de dysthymie, écartant ceux d'épisode dépressif ou encore de troubles anxieux caractérisés. D'après les experts, en l'absence d'explication somatique des douleurs alléguées, l'inconstance des limitations et l'adhérence incomplète au traitement antalgique conduisent à retenir le diagnostic de trouble somatoforme. Malgré l'attitude prostrée et plaintive par moment de la patiente, ils n'ont pu reconnaître ni une atteinte physique, ni une atteinte psychique suffisante pour expliquer ses allégations de douleurs maximales 24 heures sur 24 et la résistance à tout traitement. En l'absence de maladie psychique invalidante, ils ont estimé que l'on pouvait attendre un effort de volonté de la part de l'assurée.

S'agissant de l'examen physique de la recourante, l'expertise contient une anamnèse; les experts se fondent sur des examens cliniques complets et tiennent compte des plaintes de la recourante. Leurs conclusions finales ont été prises au terme d'une analyse exhaustive du dossier médical et radiologique, en se basant sur les appréciations médicales y figurant. De plus, les explications données sur la description et l'appréciation des interférences médicales sont suffisamment claires pour évaluer la situation de la recourante. Les médecins se sont exprimés sur l'évolution de son état de santé et sur sa capacité de travail. Leurs conclusions sont cohérentes et motivées, en tant que, notamment, ils considèrent qu'au vu du bilan radiologique décrit comme normal et de l'absence de troubles neurologiques, les contractures paravertébrales ainsi que la discrète diminution de la mobilité segmentaire C2-C3 et C4-C5 n'expliquent pas les douleurs alléguées. Au demeurant, les conclusions des experts du COMAI sont confirmées par celles du Dr C _____ qui, dans son rapport du 10 décembre 2007, a observé qu'il n'y avait d'arguments ni anatomiques ni radiologiques pour expliquer les douleurs cervico-dorso-lombaires. Il s'ensuit que le volet physique du rapport d'expertise remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Par conséquent, le Tribunal de céans suivra ses conclusions quant à l'absence d'incapacité de travail dans une activité adaptée c'est-à-dire n'impliquant ni gestes répétitifs des membres supérieurs ni port de charges supérieures à 10 kilos.

En revanche, en ce qui concerne l'analyse de l'état psychique de la recourante, les conclusions des experts ne convainquent pas. En effet, les médecins du COMAI n'expliquent pas pourquoi, bien qu'ils aient constaté la présence de 12 points fibromyalgique douloureux sur 18, ils n'ont pas retenu le diagnostic de fibromyalgie mais celui de trouble somatoforme, qui est pourtant un diagnostic posé par exclusion. En outre, dans son rapport du 19 février 2009, le Dr F _____ admet que la recourante présente, objectivement, de la tristesse, un ralentissement, des pleurs, une perte de confiance en soi, une perte de plaisir, une diminution de l'aptitude à penser et à se concentrer, des troubles du sommeil, soit des symptômes qui semblent bien plus importants qu'une simple dysthymie. Par ailleurs, dans son rapport du 19 janvier 2009, le Dr G _____ diagnostique un épisode dépressif sévère

avec symptômes psychotiques et un trouble panique sévère présents depuis 18 mois. Il fait également mention d'hallucinations visuelles et auditives ainsi que d'idées suicidaires sans passage à l'acte. Les attaques de panique sont au surplus confirmées par la Dresse H_____ dans son rapport du 1^{er} décembre 2008 faisant suite à l'hospitalisation de la recourante du 11 au 27 novembre 2008 pour soins impossibles à domicile dans le cadre d'un état dépressif sévère. En effet, elle précise que les attaques de panique ont été observées lors dudit séjour.

Contrairement à ce que prétend le Dr F_____, l'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques et le trouble panique sévère sont décrits comme présents depuis l'été 2007, de sorte qu'on ne saurait le suivre lorsqu'il énonce qu'ils seraient réactionnels à la réception de la décision de refus de rente.

Au vu des diagnostics complètement opposés, voire contradictoires posés par les experts et le psychiatre traitant et de l'importance de ces divergences, qui dépassent largement la simple différence d'appréciation, le Tribunal de céans constate qu'il n'est en l'état pas en mesure de statuer sur la base des rapports médicaux contenus dans le dossier et qu'il y a lieu de mettre en œuvre une expertise médicale.

Dans son écriture du 27 mai 2009, conscient de l'instruction lacunaire du dossier au vu des nouveaux rapports médicaux, l'intimé a suggéré que l'expertise, dans l'éventualité où elle devrait être ordonnée, devrait être confiée au Dr J_____. Cette proposition ne peut pas être retenue car, tout dernièrement, ce médecin a dû renoncer à des mandats confiés par le Tribunal de céans en raison d'une surcharge de travail.

8. Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise médicale psychiatrique qui sera confiée à la Dresse K_____, assistée d'un interprète serbo-croate.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique, confiée à la Dresse K_____, psychiatre, laquelle devra être assistée par un interprète serbo-croate ;
2. Dit que l'expert aura pour mission d'examiner et d'entendre Madame R_____ ainsi que de procéder à des test psychologiques permettant d'objectiver les troubles de la recourante, après avoir pris connaissance du dossier de la présente procédure et pris contact avec le Dr G_____, en s'entourant d'avis de tiers au besoin, par exemple de la famille ou d'un autre médecin spécialiste;
3. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :
 1. Anamnèse
 2. Données subjectives
 3. Constatations objectives
 4. Diagnostic(s) ou diagnostics différentiels selon la classification internationale
 5. Mention pour chaque diagnostic des conséquences sur la capacité de travail de la recourante, en pour-cent
 6. Date de la survenance de l'incapacité de travail durable.
 7.
 - a) Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? Si oui, de quelle importance ? Ce trouble psychique a-t-il valeur de maladie en tant que telle ou doit-il être considéré uniquement comme une manifestation réactive au trouble somatoforme douloureux, non constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome ?
 - b) Existe-t-il des affections corporelles chroniques ?
 - c) Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ?
 - d) La patiente subit-elle une perte d'intégration sociale et, cas échéant, dans quelle mesure et de quelle manière ?
 - e) Existe-t-il chez l'assurée 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, fuite dans la maladie) ?

- f) Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art ?
 - g) La recourante dispose-t-elle des ressources psychiques nécessaires lui permettant de surmonter la douleur et la réintégration dans un processus de travail et dans quelle mesure ? En cas de réponse négative, veuillez indiquer les éléments que vous avez retenus pour justifier votre position.
 - h) Existe-t-il une surestimation des plaintes en vue d'obtenir un bénéfice secondaire ?
8. Au vu de vos constatations et du dossier radiologique, la patiente présentait-elle une incapacité de travail postérieurement au 1^{er} août 2004 ? Si oui, de quelle importance et jusqu'à quand ?
9. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ? Le cas échéant en déterminer la nature et leur durée
10. La limitation partielle ou totale de la capacité de travail prend-elle en considération des facteurs psychosociaux et socioculturels ? Si oui, lesquels et dans quelle mesure ?
11. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en deux exemplaires au Tribunal de céans.
12. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Yaël BENZ

Karine STECK

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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