

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2354/2010

ATAS/1031/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 2**

**du 12 octobre 2010**

En la cause

Madame M \_\_\_\_\_, domiciliée à Plan-les-Ouates

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Diane BROTO, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame M\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née en 1966 au Portugal, est arrivée en Suisse en 1984. Sans formation, elle a exercé plusieurs emplois en tant qu'employée de bureau. Depuis 2003, elle bénéficie du revenu minimum cantonal d'aide sociale.
2. Le 11 février 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) en raison d'un manque de fer, d'une gastrite et d'une fibromyalgie.
3. Par rapport du 22 février 2009, le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué avoir suivi l'assurée de septembre à octobre 2008. Elle présentait une asthénie et des douleurs cervico-dorso-lombaires. Selon le médecin, le travail en tant que réceptionniste lui semblait possible et il convenait d'interroger le médecin traitant.
4. Par rapport reçu par l'OAI le 8 avril 2009, le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a diagnostiqué un syndrome douloureux généralisé chronique et une dépression chronique existant depuis début 2008. Le traitement consistait en la prise d'antidépresseurs, le suivi d'une psychothérapie, des analgésiques et de la physiothérapie. L'incapacité de travail était totale depuis le 13 novembre 2008. Dans l'activité habituelle de téléphoniste, l'assurée présentait des dorso-lombalgies après 30 minutes en position assise. Le médecin a proposé que l'exigibilité de l'activité habituelle soit évaluée par l'OAI.

Il a joint le rapport du 27 juin 2008 du Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie : l'assurée paraissait présenter, essentiellement, des troubles statiques et fonctionnels du rachis prédominants au niveau du bassin. Il y avait une petite dysfonction de C7 à gauche ainsi que des déséquilibres musculaires des membres inférieurs, mais pas de fibromyalgie nette. Il proposait une prise en charge de physiothérapie, puis un réentraînement musculaire.

Le médecin traitant a également joint le rapport du 18 août 2008 de la Dresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne : elle avait sollicité l'avis du Dr A\_\_\_\_\_ concernant des arthralgies mécaniques multiples dont souffrait l'assurée (2 hanches, 2 épaules et cervicalgies prédominantes à gauche) associées à une sensation de faiblesse musculaire non objectivable et s'inscrivant dans un tableau d'asthénie depuis 2003, ce qui l'empêchait d'exercer une activité professionnelle. L'examen clinique, y compris ostéo-articulaire et neurologique était dans la norme. Le bilan sanguin également, hormis un état ferriprive. La plainte principale - l'asthénie - était explicable par cet état ferriprive sans anémie.

Enfin, un rapport du 10 mars 2009 du Dr A\_\_\_\_\_ mettait en évidence de discrètes contractures paravertébrales au niveau de la colonne cervicale et une scoliose dorso-lombaire de 15°.

5. Par avis du 12 mai 2009, le Dr E\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR), a proposé de soumettre l'assurée à une expertise rhumato-psychiatrique.
6. Le 23 octobre 2009, la Dresse \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et la Dresse F\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, médecins auprès du COMAI, ont rendu leurs conclusions suite à deux évaluations effectuées les 18 juin et 3 août 2009.

Les expertes ont diagnostiqué un trouble dépressif moyen avec syndrome somatique et un syndrome douloureux somatoforme persistant, avec répercussion sur la capacité de travail. L'assurée présentait également, sans répercussion sur la capacité de travail, une probable personnalité de type borderline, un reflux gastro-oesophagien, une anémie ferriprive, une intolérance au fructose, un utérus adénomyosique avec hyperménorrhée.

Elle ne présentait pas de limitations physiques, mais des limitations liées à son état dépressif et à sa structure psychiatrique de type borderline et à la présence de douleurs. Elle présentait une diminution de la concentration, de la mémoire, de la rigueur, de l'attention et de la motivation.

Sur le plan rhumatologique, les plaintes sont des douleurs ostéo-articulaires et musculaires diffuses, symétriques, spontanées, aléatoires, omniprésentes, intenses et insomniantes accompagnées d'un cortège de symptômes systémiques touchant essentiellement les sphères psychiques, gastro-intestinales ainsi qu'une fatigue écrasante. A l'examen clinique, il n'y a pas de signes pour une atteinte rhumatologique ni de nature inflammatoire ni dégénérative. Le bilan radiologique met en évidence une discrète scoliose dorsolombaire, sans autres anomalies suspectes. L'experte signale l'existence d'une importante discordance entre les plaintes décrites comme intenses, dont la topographie douloureuse est très étendue touchant l'ensemble du corps, et les constatations normales à l'examen clinique. Les caractéristiques de la douleur et l'absence de substrat organique font suspecter une origine non somatique aux plaintes.

Sur le plan psychiatrique, l'assurée présente depuis environ 2004 un syndrome douloureux somatoforme persistant auquel s'est ajouté depuis environ 2006 un trouble thymique qui a mené l'assurée à chercher un suivi psychiatrique à partir de 2008. Malgré cela, le trouble dépressif persiste avec une intensité jugée moyenne. Cependant, elle a des ressources psychiques et une optimisation du traitement devait apporter une nette amélioration de la thymie.

La capacité de travail est uniquement réduite de façon temporaire et partielle, que ce soit dans l'activité d'employée de bureau ou dans tout autre poste. Depuis 2008 et sans changement depuis lors, l'activité est encore exigible à raison de 3-4 heures par jour pour commencer, avec une diminution de rendement de l'ordre de 20% liée aux pauses à prendre en raison des douleurs. La poursuite de la prise en charge psychiatrique et l'ajustement du traitement psychopharmacologique suscitent l'espoir d'une amélioration de la thymie, voire une rémission du trouble dépressif. Ces mesures augmenteront la probabilité de recouvrer une capacité de travail entière dans un laps de temps de l'ordre de 6 à 9 mois.

7. Par avis du 4 décembre 2009, la Dresse G\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a estimé que l'évaluation psychiatrique comportait de nombreuses discordances, lesquelles mettaient en évidence une incompréhension évidente du trouble somatoforme douloureux. Il convenait de soumettre l'assurée à un nouvel examen psychiatrique auprès du SMR.
8. Par rapport du 25 janvier 2010, la Dresse H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès du SMR, a diagnostiqué, suite à un examen effectué le 12 janvier 2010, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, en rémission complète (F 32.01), avec répercussion sur la capacité de travail. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assurée présentait une dysthymie (F34.1) et un trouble somatoforme indifférencié (F45.1). La capacité de travail était totale dans toutes activités depuis août 2009, date de l'amélioration de l'état de santé de la recourante et de l'interruption de la prise en charge psychiatrique.

Dans le cadre de ses douleurs chroniques accompagnées d'une importante fatigue, l'assurée avait développé un premier épisode dépressif d'intensité moyenne, symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle, d'accompagnement de ses douleurs. Elle avait débuté en novembre 2008 une prise en charge psychiatrique ambulatoire auprès de Mme B\_\_\_\_\_, psychologue et épouse du médecin traitant, lequel assumait le traitement médicamenteux. La psychothérapie accompagnée d'un traitement médicamenteux psychotrope avait apporté ses fruits et suite à une évolution favorable, l'assurée avait arrêté la prise en charge psychiatrique en août 2009. Sur le plan médicamenteux, elle n'avait aucun traitement psychotrope. La symptomatologie dépressive était en rémission complète et n'avait aucune incidence sur la capacité de travail.

Sur le plan purement psychiatrique, l'assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique à caractère incapacitant et la capacité de travail exigible est entière dans toute activité et ceci depuis environ août 2009, date de l'amélioration de son état. L'assurée est une jeune femme immature, instable, labile, qui présente une dramatisation, une hyper-expressivité émotionnelle, une affectivité superficielle et une importante suggestibilité. Elle se positionne dans un rôle de victime, mal comprise par les nombreux médecins qu'elle a consultés et par son entourage.

L'examinatrice a ajouté que le diagnostic de probable trouble de la personnalité borderline proposé par l'experte ne réunit pas les critères cliniques de la CIM-10. L'assurée souffre par contre d'une structure mixte de personnalité à traits borderline et histrionique, qui est une organisation psycho-dynamique particulière faisant référence à la théorie psychanalytique.

9. Par avis du 1<sup>er</sup> mars 2010, la Dresse G\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a fait siennes les conclusions de la Dresse H\_\_\_\_\_. Sous prise en charge psychiatrique ambulatoire depuis novembre 2008, l'état de santé de l'assurée s'était amélioré progressivement et lors de l'examen SMR, la symptomatologie dépressive était en rémission complète. Il y avait donc lieu de retenir que l'incapacité de travail était de 50% depuis novembre 2008, date du début de la prise en charge psychiatrique et de 0% depuis août 2009, date de l'amélioration de l'état de santé et de l'interruption de la prise en charge psychiatrique.
10. Par projet de décision du 4 mars 2010, l'OAI a nié à l'assurée le droit à une rente dès lors que son incapacité de travail avait duré moins d'une année.
11. Par pli du 22 mars 2010, l'assurée a contesté la décision. Son incapacité de travail était totale contrairement à ce qu'avait retenu la Dresse H\_\_\_\_\_. En outre, son état de santé s'était sérieusement aggravé depuis quelques semaines.
12. Par avis du 10 mai 2010, la Dresse G\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée a une nouvelle atteinte qu'il convient d'instruire. Elle rappelle que le refus de la rente est en lien avec la durée de l'incapacité de travail qui est inférieure à un an.
13. Par décision du 21 juin 2010, l'OAI a maintenu le refus de rente. Etant donné que la capacité de travail était entière dans toutes activités dès le 1<sup>er</sup> août 2009, l'incapacité de travail de 50%, qui avait débuté le 13 novembre 2008, avait donc duré moins d'une année. Par ailleurs, étant donné que le médecin traitant faisait état d'une nouvelle atteinte à la santé, celle-ci justifiait l'ouverture d'une nouvelle demande, qui allait faire l'objet d'une nouvelle instruction.
14. Par acte du 5 juillet 2010, l'assurée a interjeté recours contre la décision. Elle fait valoir que son incapacité de travail n'est pas de 50%, mais de 100%. Elle ne comprend pas non plus comment l'OAI a pu retenir une capacité de travail entière dès le 1<sup>er</sup> août 2009, alors qu'elle n'allait vraiment pas bien. De plus, depuis le mois de mars 2010, les médecins avaient diagnostiqué un cancer de l'estomac et le 14 avril 2010 elle avait dû subir une intervention chirurgicale. Depuis, son état physique et psychique avait gravement empiré.
15. Par réponse du 23 juillet 2010, l'intimé conclut au rejet du recours. Il fait valoir que l'expertise de la Dresse F\_\_\_\_\_ et le rapport d'examen de la Dresse H\_\_\_\_\_, doivent se voir reconnaître une pleine valeur probante. Selon ces

rapports, l'incapacité de travail de plus de 40% avait duré moins d'une année, n'ouvrant ainsi pas droit à des prestations de l'AI.

16. Le 21 septembre 2010, les parties ont été entendues par le Tribunal de céans. La recourante a déclaré : « c'est en raison des douleurs au dos, aux hanches, aux muscles, aux épaules et aux genoux que j'ai été déprimée. Mon médecin traitant, le Dr B\_\_\_\_\_ m'a adressée à son épouse qui est psychologue. J'y allais tous les quinze jours. C'est le Dr B\_\_\_\_\_ qui me prescrivait des antidépresseurs. Je ne suis plus suivie par Mme B\_\_\_\_\_, ni par un autre psychologue ou psychiatre, mais je ne me souviens plus depuis quand. Les antidépresseurs me causaient des nausées et des insomnies. Ils n'amélioraient pas vraiment mon état général, ni du point de vue des douleurs, ni du point de vue de la dépression. J'ai mis un terme au suivi psychologique, car nous parlions un peu tout le temps de la même chose. Je ne me souviens plus si j'ai évoqué avec le Dr B\_\_\_\_\_ l'utilité de continuer ce suivi. Pour moi, ce sont les douleurs qui sont le problème principal. Avant cela je n'étais pas du tout dépressive. Je conteste que mon état de santé se soit amélioré, même du point de vue de la dépression. Si j'ai arrêté tout suivi, c'est qu'il ne servait à rien et impliquait des dépenses inutiles pour les assurances».
17. Par courrier du 22 septembre 2010, la recourante a rappelé avoir toujours été en incapacité de travail totale alors que l'intimé avait retenu une incapacité de travail de 50%.
18. Sur ce, le Tribunal de céans a gardé la cause à juger.

## **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 ; RS 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) qui sont 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<sup>er</sup> 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 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

En l'espèce, la décision litigieuse date du 21 juin 2010, de sorte que la LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et les modifications de la LAI relatives à la 4<sup>ème</sup> révision entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 sont applicables. Les modifications de la LAI relatives à la 5<sup>ème</sup> révisions sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2004 et en particulier dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006 doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>ème</sup> révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

3. Interjeté dans la forme et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
4. L'objet du litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. 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). Il y a lieu de préciser que

selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. 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 (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

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).

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 352 ss consid. 3).

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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de

mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration 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 le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

S'agissant de la valeur probante des 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 ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Enfin, 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. Dans ce contexte, 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). Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (DTA 2001 p. 169).

7. En l'espèce, l'intimé est d'avis que la recourante, incapable de travailler depuis le 13 novembre 2008, a recouvré une pleine capacité de travail à compter du mois d'août 2009, ce que conteste la recourante.

S'agissant des troubles somatiques, la Dresse F\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie auprès du COMAI, n'a diagnostiqué, dans son rapport du 23 octobre 2009, aucune atteinte rhumatologique, ni de nature inflammatoire ni dégénérative ayant une répercussion sur la capacité de travail. Le bilan radiologique mettait en évidence une discrète scoliose dorsolombaire, sans autres anomalies suspectes.

L'experte a signalé l'existence d'une importante discordance entre les plaintes décrites comme intenses, dont la topographie douloureuse est très étendue touchant l'ensemble du corps, et les constatations normales à l'examen clinique. Les caractéristiques de la douleur et l'absence de substrat organique faisaient suspecter une origine non somatique aux plaintes. La recourante ne présentait par conséquent aucune limitation fonctionnelle physique.

Le Tribunal de céans constate que le rapport d'expertise se fonde sur des examens médicaux 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 du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et non contradictoires et les conclusions sont dûment motivées. Par ailleurs, aucun spécialiste n'émet d'opinion contraire apte à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'experte. En effet, le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, constate également que la recourante ne souffre pas de fibromyalgie (rapport du 27 juin 2008), et le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, n'a objectivé que de discrètes contractures paravertébrales et une scoliose (rapport du 10 mars 2009). Par ailleurs, ni le Dr B\_\_\_\_\_, ni la Dresse D\_\_\_\_\_, n'ont posé de diagnostic d'ordre somatique ayant une répercussion sur la capacité de travail de la recourante.

Il s'ensuit que les conclusions de la Dresse F\_\_\_\_\_ apparaissent pleinement convaincantes.

Sur le plan psychique, la recourante a été soumise à une expertise effectuée auprès du COMAI par la Dresse I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie. Dans son rapport du 23 octobre 2009, elle a retenu que la recourante présentait, avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.01) et un syndrome douloureux somatoforme douloureux (F45.4). En résumé, elle souffrait depuis environ 2004 d'un syndrome douloureux somatoforme persistant auquel s'est ajouté depuis environ 2006 un trouble thymique qui a mené l'assurée à chercher un suivi psychiatrique à partir de 2008. Malgré cela, le trouble dépressif persistait avec une intensité jugée moyenne. Elle n'avait aucune limitation fonctionnelle sur le plan rhumatologique. Par contre, sur le plan psychique, elle présentait une diminution de la concentration, de la mémoire, de la rigueur, de l'attention et de la motivation. Cependant, elle avait des ressources psychiques utilisables. Et une optimisation du traitement devait apporter une nette amélioration de la thymie. La capacité de travail, dans toute activité, était de 40% à 50% depuis novembre 2008. Avec la poursuite du suivi psychiatrique et pharmacologique, ainsi qu'un ajustement ou un changement du traitement médicamenteux, les symptômes dépressifs pouvaient s'améliorer et une récupération complète de la capacité de travail était possible dans les 6 à 9 mois.

Avec l'intimé, force est de constater, à la lecture de l'appréciation de la Dresse I\_\_\_\_\_, que les motifs ayant conduit cette dernière à retenir un syndrome douloureux somatoforme douloureux n'emportent pas la conviction. Ainsi, on peine à comprendre la Dresse I\_\_\_\_\_ lorsqu'elle relève, d'une part, que l'importance des plaintes somatiques douloureuse représente une exclusion du diagnostic du trouble douloureux somatoforme, et d'autre part, que l'abondance et la richesse des symptômes douloureux évoque une tendance ou une certitude du syndrome douloureux somatoforme. De surcroît, elle ajoute que c'est uniquement en cas d'amélioration de la symptomatologie dépressive, et dans le cas où la symptomatologie douloureuse persiste, que les conditions formelles pour un syndrome douloureux somatoforme sont retenues (p. 5 de l'appréciation psychiatrique).

En outre, l'experte part de l'idée que les affections de nature psychique dont souffre la recourante ont abouti à un suivi médical à compter de novembre 2008. Or, la recourante n'a pas été prise en charge par médecin, mais par une psychologue, Mme B\_\_\_\_\_.

De surcroît, il a lieu de constater que l'experte a apprécié l'état de santé de la recourante sans juger utile de requérir les observations faites par Mme B\_\_\_\_\_, laquelle a pourtant suivi la recourante à raison d'une séance tous les 15 jours depuis le mois de novembre 2008.

Pour tous ces motifs, les conclusions de l'expertise quant aux atteintes psychiques de la recourante ne revêtent pas la valeur probante requise par la jurisprudence.

Le 12 janvier 2010, la recourante a été soumise à un examen effectué auprès du SMR par la Dresse H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 25 janvier 2010, ce médecin a diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, en rémission complète (F 32.01), avec répercussion sur la capacité de travail. Sans répercussion sur la capacité de travail, la recourante présentait une dysthymie (F34.1) et un trouble somatoforme indifférencié (F45.1). La capacité de travail était totale dans toute activité depuis août 2009, date de l'amélioration de l'état de santé de la recourante et de l'interruption de la prise en charge psychiatrique.

Dans le cadre de ses douleurs chroniques accompagnées d'une importante fatigue, la recourante avait développé un premier épisode dépressif d'intensité moyenne, symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle, d'accompagnement de ses douleurs. Elle avait débuté en novembre 2008 une prise en charge psychiatrique ambulatoire auprès de Mme B\_\_\_\_\_, psychologue et épouse du médecin traitant, lequel assumait le traitement médicamenteux. La psychothérapie, accompagnée d'un traitement médicamenteux psychotrope avait apporté ses fruits et suite à une évolution favorable, l'assurée avait arrêté la prise en charge

psychiatrique en août 2009. Sur le plan médicamenteux, au moment de l'examen, la recourante ne suivait aucun traitement psychotrope et la symptomatologie dépressive était en rémission complète. Sur le plan purement psychiatrique, l'assurée ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique à caractère incapacitant et la capacité de travail exigible était entière dans toute activité et ceci depuis environ août 2009, date de l'amélioration de son état.

Si l'expertise de la Dresse I\_\_\_\_\_ n'est pas convaincante, elle comporte cependant un certain nombre d'éléments propres à mettre en doute également l'évaluation de la Dresse H\_\_\_\_\_. Les conclusions des deux psychiatres sont en effet diamétralement opposées, l'experte du COMAI concluant, sur la base d'un examen effectué le 3 août 2009, à une capacité de travail de 40%-50% ; l'examinatrice du SMR retenant, à l'inverse, une capacité de travail totale dès août 2009.

Au stade du diagnostic déjà, les avis divergent fortement puisque la Dresse I\_\_\_\_\_ a retenu, avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif moyen avec syndrome somatique et un syndrome douloureux somatoforme douloureux, alors que la Dresse H\_\_\_\_\_ a constaté que l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique en rémission complète, la dysthymie et le trouble somatoforme indifférencié n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail de la recourante. En outre, alors que le test effectué par la Dresse I\_\_\_\_\_ parle en faveur d'un trouble de la personnalité borderline, la Dresse H\_\_\_\_\_ est d'avis que la recourante présente une structure mixte de personnalité borderline et histrionique, tout en précisant que structure ne veut pas dire trouble de la personnalité.

Le Tribunal de céans constate par ailleurs qu'un certain nombre de données, présentes dans le rapport de l'experte du COMAI, ne figure pas dans celui établi par l'examinatrice du SMR, tel que le fait que la douleur alliée à la fatigue aient progressivement amené la recourante à réduire, puis à arrêter les activités sportives (vélo, natation, marche) ou qu'elle se plaint de mauvaises nuits de longue date avec des réveils fréquents, des cauchemars et une difficulté de ré-endormissement.

Par ailleurs, la Dresse H\_\_\_\_\_ note que la psychothérapie et le traitement médicamenteux ont porté leurs fruits, de sorte que la recourante avait cessé les consultations auprès de sa psychologue en août 2009. L'examinatrice en conclut, de manière rétrospective, que l'amélioration de l'état de santé remonte au mois d'août 2009. Cela étant, lors de son audition par le Tribunal de céans le 21 septembre 2010, la recourante a expliqué que si elle avait arrêté tout suivi, c'est parce qu'elle ne voyait pas d'amélioration de son état de santé. Quoi qu'il en soit, on ne saurait retenir sans autres que l'état de santé de la recourante se serait amélioré dès août 2009. En effet, ce mois-là précisément, la recourante a été examinée par la Dresse I\_\_\_\_\_, qui a constaté que la recourante se plaignait alors d'une tristesse, de

pleurs fréquents, d'un sentiment de désespoir et de désir de mort comme issue à sa souffrance (rapport du 14 août 2009, p. 3).

A cet égard, on déplorera que la Dresse H\_\_\_\_\_, tout comme la Dresse G\_\_\_\_\_ et l'intimé, n'aient pas jugé utile d'obtenir auprès de Mme B\_\_\_\_\_ des informations qui auraient permis d'établir les raisons pour lesquelles les consultations ont cessé en août 2009.

Pour tous ces motifs, le rapport de la Dresse H\_\_\_\_\_ ne revêt pas la valeur probante requise par la jurisprudence.

Enfin, on ne saurait non plus se fonder sur l'appréciation émise par le Dr B\_\_\_\_\_, qui retient un syndrome douloureux généralisé chronique et une dépression chronique (rapport du 8 avril 2009), étant donné que ces diagnostics, d'ordre psychiatrique, ne relèvent pas de la spécialisation de ce médecin.

Force est de constater, au vu des pièces versées à la procédure, que la question de l'ensemble des atteintes psychiques dont souffre la recourante n'est pas suffisamment éclaircie, de sorte que le dossier n'est pas en l'état d'être jugé sur la question de sa capacité de travail résiduelle.

Compte tenu de ce qui précède, en l'absence d'une appréciation médicale suffisamment convaincante sur le point de savoir si et dans quelle mesure la recourante subit une diminution de sa capacité de travail en raison de problèmes d'ordre psychique, il se justifie de renvoyer la cause à l'office intimé pour qu'il procède à une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise psychiatrique. A cet égard, il convient de préciser qu'au vu du diagnostic évoqué par l'experte et l'examinatrice - un syndrome douloureux somatoforme persistant - il incombera à l'expert médical qui sera appelé à se prononcer d'indiquer si et dans quelle mesure la recourante dispose de ressources psychiques qui lui permettent de surmonter ses douleurs, eu égard aux critères dégagés par la jurisprudence, dans le contexte des troubles somatoformes douloureux, pour admettre à titre exceptionnel le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail (sur ces critères, voir ATF 131 V 50 ; 130 V 354 consid. 2.2.3). Il s'agira pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution physique, la recourante peut exercer une activité sur le marché du travail malgré les douleurs qu'elle ressent, dans quelle mesure, dans quelles conditions et à quel taux.

8. Le recours sera par conséquent partiellement admis et la décision du 21 juin 2010 annulée. Le dossier est renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision sujette à recours. L'intimé, qui succombe, sera condamné à un émolument de 500 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'Office de l'assurance-invalidité du 21 juin 2010.
4. Renvoie la cause à l'Office de l'assurance-invalidité pour instruction médicale complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité .
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Florence SCHMUTZ

Sabina MASCOTTO

La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR

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