REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3223/2007 **ATAS/1325/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 26 novembre 2007

En la cause

Madame S_____, représentée par ASSUAS Association suisse des assurés	recourante

contre

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame Maria S_____ (ci-après : l'assurée), née en août 1952, originaire du Portugal, titulaire d'une autorisation d'établissement C, est arrivée en Suisse en 1992. Elle est mariée et mère de trois enfants nés en 1973, 1975 et 1977.

2. Un examen tomodensitométrique cervical fait en date du 11 août 1999 a montré des données parlant en faveur d'une "importante discopathie C5-C6, avec très nette diminution de l'espace inter-somatique, ostéophytose postérieure s'accompagnant d'uncarthrose bilatérale assez marqué, entraînant une assez nette réduction des deux trous de conjugaison aussi bien droit que gauche au niveau C5-C6. Légère discopathie sous-jacente avec légère ostéophytose postérieure mais sans atteinte des uncus. Parfait vacuité des trous de conjugaison aussi bien droits que gauche en regard de C4-C5 et C7-D1. En intra-canalaire, il est évident que l'importante discopathie C5-C6 entraîne une réduction du canal rachidien cervical à ce niveau avec un aspect nettement effilé de l'espace pré-médullaire en regard. Les données tomodensitométriques cervicales parlent en faveur d'une importante discopathie C5-C6 avec un retentissement tant au niveau de la lumière du canal rachidien cervical, à savoir un rétrécissement, qu'au niveau des trous de conjugaison qui sont nettement réduits de manière bilatérale par uncarthrose".

3. Le 6 septembre 1999, le Dr A_____, chef de clinique à la division de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), a posé le diagnostic de signes compatibles avec une fibromyalgie.

4. L'assurée a travaillé pour M. B_____ comme femme de ménage du 1er janvier 2003 au 25 octobre 2004 à raison de 8 heures par jour cinq jours par semaine pour un salaire mensuel de 2'450 fr. Dès le 1er juin 2004, elle a été en incapacité de travail totale.

5. L'assurée a effectué en raison de douleurs diffuses les examens médicaux suivants :

   - Une IRM du genou droit du 6 juillet 2001 concluant à la présence d'une petite déchirure de la corne postérieure du ménisque interne.

   - Une IRM de la charnière dorso-lombaire du 16 janvier 2002 concluant à des discopathies D9-D10, L2-L3 et L5-S1 évoluées.

   - Une IRM cérébrale du 11 octobre 2002, sans anomalie.

   - Une IRM du bassin et de la hanche gauche du 28 novembre 2002, sans anomalie.

   - Une oeso-gastroduodénoscopie du 9 décembre 2002 concluant à une gastrite antrale érosive.

- Une IRM pelvénière du 17 octobre 2003 montrant une discopathie L5-S1 évoluée.

- Une IRM lombaire du 17 décembre 2003 concluant à une déshydratation avec saillie discale hémicirconférentielle droite et gauche L4-L5 et L5-S1 sans contrainte radiculaire de façon bilatérale. Troubles dégénératifs de type Modic II du plateau vertébral inférieur L5 et supérieur S1.

- Une IRM de la colonne cervicale et échographie de la thyroïde du 16 février 2004 concluant à l'absence d'anomalie thyroïdienne ou cervicale et à de discrets signes de cervicarthrose et d'uncarthrose au niveau du rachis cervical moyen et côté gauche.

- Une IRM de la hanche gauche du 29 juin 2004 concluant à une sémiologie IRM compatible avec une bursite du grand trochanter gauche et par d'anomalie des deux hanches.

- Une IRM du genou gauche du 28 septembre 2004 concluant à une ébauche de gonarthrose fémoro-tibiale et chondropathie fémoro-patellaire de grade II à III et petite plica synoviale interne.

- Des radiographies de la main droite du 1er décembre 2004 montrant tout au plus une calcification millimétrique en regard du versant cubital de l'articulation IPR du 2ème rayon.

- Une oeso-gastroduodénoscopie du 10 décembre 2004 montrant une discrète gastrite antrale.

- Une IRM cérébrale du 16 décembre 2004.

6. Le 17 mars 2005, l'assurée a déposé une demande de prestation de l'assurance-invalidité.

7. Le 23 avril 2005, le Dr C_____, médecin traitant, a rempli un rapport médical AI mentionnant une fibromyalgie depuis le 1er juin 2004, entraînant une incapacité totale de travail dans toute activité. La patiente souffrait de douleurs diffuses aux hanches, bras et rachis. Le 24 avril 2005, il a précisé dans le rapport médical détaillé qu'elle souffrait d'un état dépressif.

8. Le 29 avril 2005, le Dr C_____ a mentionnée que la patiente souffrait toujours autant de ses douleurs diffuses touchant les bras, le rachis et les membres inférieurs qui entraînaient un état dépressif. Elle présentait aussi de l'arthrose scapho-trapézienne et trapézo-méta avec diminution de force aux mains. Elle avait beaucoup de peine à effectuer des travaux, même légers.

9. Le 10 juin 2005, le Dr D_____, spécialiste FMH en chirurgie, a rempli un rapport médical AI dans lequel il diagnostique une fibromyalgie et un état dépressif depuis 1999. La patiente était devenue très algique depuis environ quinze mois, avec un état anxieux et émotionnel très avancé. Elle était dans un état physique et psychique assez grave qui l'empêchait d'effectuer un travail physique. Aucune autre activité n'était exigible.

10. Le 25 juillet 2005, l'assurée a rempli le questionnaire servant à déterminer le statut d'assuré en mentionnant qu'en bonne santé, elle travaillerait comme femme de ménage à un taux d'activité "selon l'offre de l'entreprise" en raison de besoins financiers. Elle n'avait jamais trouvé de travail à plein temps sauf à l'Hôtel X_____ du 1er juin au 31 décembre 1991. Elle exerçait une activité à temps partiel pour des raisons de santé.

11. Le 31 mai 2006, les Drs E_____, spécialiste FMH en médecine interne, F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et G_____, spécialiste FMH en rhumatologie, du Centre d'expertises médicales de la polyclinique médicale universitaire, ont rendu une expertise COMAI. Celle-ci se base sur un examen clinique et rhumatologique du 13 mars 2006, un concilium de psychiatrie du 24 mars 2006 et un colloque de synthèse multidisciplinaire du 28 mars 2006.

    La patiente se plaignait de douleurs ostéo-articulaires apparues en 1995 et aggravées en 1999 avec fatigue chronique et trouble du sommeil, des épigastralgies périodiques récidivantes, aggravation de maux de tête depuis 2000 (connus depuis jeune adulte), ayant nécessité des hospitalisations, avec une baisse de la fréquence des céphalées dès 2004. Elle déclarait être très limitée dans les activités de la vie quotidienne et les tâches ménagères. Elle était suivie par une psychologue de l'oncologie à raison d'une fois tous les six mois et aurait préféré un suivi plus fréquent. Les diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail étaient les suivants: trouble anxieux et dépressif mixte, syndrome somatoforme douloureux persistant, se manifestant pas un syndrome fibromyalgique.

    La symptomatologique douloureuse, associée au status clinique observé et aux résultats des examens complémentaires, faisait évoquer le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant. Ce syndrome douloureux généralisé était subjectivement important, avec un retentissement fonctionnel paraissant sévère, l'expertisée décrivant des limitations dans toutes ses activités de la vie quotidienne, ainsi que dans ses tâches ménagères. Le syndrome somatoforme douloureux englobait le syndrome fibromyalgique, évoqué par les médecins traitants. La présence de points de contrôle douloureux et de signes comportementaux était le reflet de la diffusion de la douleur et de leur intrusion dans toutes les activités de l'expertisée.

Sur le plan psychique, les éléments anamnestiques et le status psychiatrique permettaient de définir l'existence d'une symptomatologie dépressive et anxieuse. Ces troubles psychiques s'étaient probablement développés parallèlement à l'état douloureux chronique. L'accumulation d'événements de vie malheureux, constitués par les nombreux décès de proches suite à des néoplasies ou à une affection cérébro-vasculaire chez un des frères, avait certainement été un facteur aggravant à de la réaction dépressive et anxieuse. La charge émotionnelle pénible liée à ces pertes répétées avait, avec vraisemblance, entraîné un affaiblissement des capacités de résistance psychique de l'expertisée.

Le pronostic, dans ce contexte de douleurs diffuses, persistantes, se chronifiant avec un état anxieux et dépressif, était défavorable. Toutefois, une amélioration restait a priori possible avec une prise en charge psychiatrique *lege artis*. Actuellement, ces problématiques justifient, d'un point de vue médical, une restriction de sa capacité de travail et il n'y avait pas d'éléments pour suspecter une exagération consciente des plaintes. Il persistait toutefois une capacité de travail de l'ordre de 50% d'un temps plein dans une activité de type femme de ménage dans la mesure où elle pouvait éviter les activités les plus lourdes et les ports de charge. Cette aptitude devrait être réévaluée après l'application d'une prise en charge psychothérapeutique adaptée et l'optimalisation du traitement médicamenteux anxiolytique et antidépresseur, après une période de suivi de deux ans. L'aménagement des conditions et des horaires de l'activité de femme de ménage devrait permettre d'atteindre progressivement la capacité de travail de 50%.

12. Le 10 juillet 2006, la Dresse H_____du SMR, anesthésiste, a relevé que le trouble somatoforme persistant n'était pas accompagné d'une pathologie psychiatrique ayant valeur de maladie. Les diagnostics somatiques étaient incompatibles avec le poste d'employée de maison et les aménagements proposés par les experts ne pouvaient en ce sens être retenus. La capacité de travail dans une activité adaptée était entière depuis juin 2004.

13. L'enquête économique sur le ménage du 6 février 2007 a conclu à un degré d'invalidité du 16.5%.

14. Le rapport de réadaptation professionnelle du 14 mars 2007, lequel fait suite à un entretien avec l'assurée du 27 novembre 2006, mentionne que celle-ci a confirmé qu'en bonne santé, elle aurait poursuivi son activité à 50%. Le degré d'invalidité dans la sphère lucrative était de 31.34%, soit un revenu sans invalidité de 31'850 fr. en 2004, actualisé à 32'204 fr. en 2005 et un revenu d'invalidité basé sur le salaire ESS 2004 (TA1 - niveau 4) pour 41.6 heures par semaine, de 24'300 fr., actualisé à 24'566 fr. pour 2005. Une déduction de 10% était appropriée, soit un revenu de 22'100 fr.

15. Par projet de décision du 30 mars 2007, l'OCAI a refusé tout droit à des prestations en mentionnant que le degré d'invalidité total était de 24%, soit 16% dans la sphère lucrative et 9% dans les travaux habituels.

16. Le 25 avril 2007, l'assurée a écrit à l'OCAI que la capacité de travail dans les activités de substitution ne devait être évaluée qu'à 50%, que la déduction sur le salaire d'invalidité pouvait aller jusqu'à 25%, et qu'elle souhaiterait qu'une liste d'activités adaptées lui soit communiquée.

17. Par décision du 22 juin 2007, l'OCAI a confirmé son refus de prestations.

18. Le 23 août 2007, l'assurée, représentée par ASSUAS, a recouru contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente à 50%. L'OCAI ne lui avait pas indiqué quelle activité était encore possible, ce qui violait son droit d'être entendue. De plus, il n'avait pas instruit la question du statut et retenu sans motivation l'exercice d'une activité lucrative à 50%.

19. Le 18 septembre 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours, en relevant que le revenu d'invalide statistique tenait compte d'un large éventail d'activités légères adaptées à la recourante. Quant au statut mixte, 50%- 50%, la recourante n'avait jamais travaillé à plein temps et ce taux ressortait tant de l'enquête ménagère que du rapport de réadaptation professionnelle.

20. Le 8 octobre 2007, le Tribunal de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. La recourante a déclaré ce qui suit :

> " Dès mon arrivée en Suisse j'ai débuté un travail de femme de ménage notamment à l'hôtel Rivoli à plein temps puis pour M. I_____ à raison de 3 heures le matin et 2 heures le soir. Ensuite j'ai changé d'entreprise, notamment Y_____, Z_____. J'ai également travaillé à temps partiel pas plus de 5 heures par jour, peut-être que pour Z_____ j'ai travaillé un peu plus que 5 heures par jour. En bonne santé j'aurais continué à travailler pour M. B_____. Avant 1995, date de l'apparition de mes douleurs, j'ai travaillé principalement à temps partiel car j'avais mes enfants à la maison. J'ai néanmoins cherché à travailler à 100 % mais je n'ai pas trouvé de travail. A la suite de l'expertise COMAI je n'ai pas pensé qu'il m'incombait de prendre l'initiative d'un suivi [par un] psychothérapeute, j'ai pensé que l'AI s'en occuperait. Au moment où je subis des crises de fibromyalgie je n'arrive plus à bouger, ni même à boire un verre d'eau toute seule. Parfois je dois rester couchée 2-3 jours de suite, surtout lorsque j'ai en même temps les migraines et la fibromyagie. D'autres jours lorsque cela va mieux j'arrive à faire un peu de ménage chez moi et me promener un peu. Je prends beaucoup d'anti-inflammatoires, du Tramal. Parfois je n'arrive pas à bouger pendant 2-3 jours chaque semaine. Il y cependant des semaines où cela va mieux. Mes migraines

surviennent à nouveau de façon plus fréquente, il y avait eu une petite amélioration en 2004. Elles surviennent en raison des douleurs de la fibromyalgie, notamment. Je serai prête à débuter une mesure d'ordre professionnel mais je sais que je devrais m'absenter lorsque je subis des crises de fibromyalgie ou des crises d'arthrose et de migraines. Je garde très peu mes petits enfants de temps en temps 1 heure ou 2 lorsque leurs parents font des commissions. Il peut se passer des semaines sans que je les garde. Je consulte souvent le Dr C_____ environ 2 fois par mois."

Le mandataire de la recourante a déclaré que:

"Le statut mixte 50-50 n'est pas contesté en lui-même. C'était uniquement l'appréciation de l'OCAI disant que la recourante avait travaillé à 50 % par choix personnel qui était contesté. Le Dr C_____ m'a fait part de son avis téléphoniquement, il estime que la dimension psychiatrique n'a pas été suffisamment investiguée dans l'expertise COMAI. En particulier celle-ci n'aurait pas tenu suffisamment compte des plaintes de sa patiente du point de vue psychiatrique. Nous souhaitons en conséquence qu'un complément psychiatrique soit effectué. Le Dr C_____ m'a informé qu'il cherchait un psychiatre pour sa patiente."

21. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 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.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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).

En l'espèce, la demande de prestations a été déposée le 17 mars 2005. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. Le 1er juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

   b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assurée un projet de décision en date du 30 mars 2007, qui a été confirmé par la décision du 22 juin 2007, contre laquelle l'assurée a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 23 août 2007.

   c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

4. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

6. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

   Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à

$66^{2/3}$ % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

7. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des

enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

8. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

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. 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).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

c) 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. Etant 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. 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 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).

e) 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 ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

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

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou

stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret.

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster).

On ajoutera que dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65; ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). La fibromyalgie a été plus particulièrement assimilée au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA du 20 avril 2006, cause I 805/04).

Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

10. Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen

(F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (arrêt D. du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1). Le TFA a également considéré qu'une personnalité à traits histrioniques ne constituait pas non plus, à côté du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) une comorbidité psychiatrique autonome du trouble fibromyalgique (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05).

b) S'agissant des affections corporelles chroniques, il doit exister une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (notamment ATFA du 12 juin 2006, cause I 317/05).

c) Concernant l'état physique cristallisé, des éléments biographiques difficiles (relations conflictuelles au travail, divorce, possible traumatisme sexuel sans contact physique durant l'enfance) sont des indices plaidant en faveur d'un tel état, si tant est que l'assuré ne démontre pas en même temps une attitude théâtrale et revendicative et émette des déclarations discordantes au sujet de ses douleurs donnant à penser qu'il cherche une compensation de ses souffrances par l'AI. Le fait d'affirmer ne plus être en mesure d'exercer une quelconque activité tout en étant capable de s'occuper du ménage et d'un enfant sont des indices faisant plutôt apparaître un profit secondaire tiré de la maladie (ATFA du 20 mars 2006, cause I 644/04). Un tel état ne saurait être admis lorsque l'assuré n'a pas suivi de traitement psychiatrique durable et que, par ailleurs, il fait preuve d'une mauvaise compliance médicamenteuse (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04, voir aussi ATFA du 21 avril 2006, cause I 483/05), lorsqu'il a uniquement pris un traitement d'anxiolytiques et non pas d'antidépresseurs (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), lorsque la poursuite du traitement est susceptible d'améliorer la symptomatologie d'anxiété (ATFA du 8 juillet 2004, cause I 380/03), lorsque l'épisode dépressif moyen est en rémission complète (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05), lorsqu'aucun élément psychotique, aucune souffrance ou dysfonctionnement personnel, professionnel et social, ni encore des traits d'une personnalité dissociée ne peuvent être retenus (ATFA du 25 novembre 2004, cause I 450/03), en l'absence d'une source de conflit intrapsychique ou situation conflictuelle externe (ATFA du 23 juin 2004, cause I 272/03) lorsque l'état de l'assuré est susceptible de s'améliorer grâce à la stabilisation de la vie familiale et à l'instauration d'un traitement antidépresseur (ATFA du 10 novembre 2005, cause I 638/04), lorsque l'état psychique est stabilisé grâce à une médication adéquate et qu'un suivi psychothérapeutique constituerait un traitement adéquat des troubles en cause (ATFA du 12 septembre 2005, cause I 497/04), lorsque l'assuré fait état d'une envie de travailler et d'une certaine ambition sociale (ATFA du 13 juillet 2005, cause I 626/04).

d) S'agissant de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est pas réalisée dès lors que l'assuré effectue des promenades avec des amis qu'il voit fréquemment et maintient des contacts sociaux avec sa famille en Espagne (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04), qu'il bénéficie d'une vie familiale épanouie, reçoit des amis et se rend chez eux (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), qu'il a une vie retirée, passant beaucoup de temps à la maison mais a gardé un certain réseau d'amis qui viennent le voir ou auxquels il rend visite (ATFA du 29 novembre 2005, cause I 665/04), qu'il se dit bien entouré sur le plan familial (ATFA du 16 août 2005, cause I 539/04), qu'il vit dans une situation de retrait mais qu'il a des contacts réguliers avec ses proches et qu'il retourne régulièrement dans son pays d'origine avec sa famille ou des amis (ATFA du 2 mars 2005, cause I 690/04), qu'il est à même d'entretenir des contacts sociaux, d'exercer des activités sportives (natation) et de loisir (promenade) (ATFA du 8 juin 2005, cause I 361/04).

11. En l'espèce, le rapport d'expertise COMAI pluridisciplinaire du 31 mai 2006, remplit toutes les exigences jurisprudentielles pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

En particulier, s'agissant du volet psychiatrique - dont la recourante demande un complément en s'appuyant sur l'avis de son médecin-traitant le Dr C_____ - les experts ont retenu l'existence d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et un syndrome somatoforme douloureux persistant, se manifestant par un syndrome fibromyalgique (F45.4) et estimé que la symptomatologie anxieuse et dépressive s'était développée parallèlement à l'état douloureux chronique. Toute la problématique justifiait une restitution de la capacité de travail à 50 % dès 1999. Or, les constatations des médecins-traitants de la recourante, les Drs C_____ et D_____ rejoignent, dans les diagnostics posés, celles des experts puisque les médecins relèvent l'existence d'une fibromyalgie, d'arthrose et d'un état dépressif (rapports du Dr C_____ des 23 et 29 avril 2005, du Dr D_____ du 10 juin 2005). En revanche, ce sont les conséquences de l'état de santé sur la capacité de travail de la recourante qui ont été évaluées différemment par les médecins-traitants dès lors que ceux-ci estiment que l'incapacité de travail est totale dans toute activité alors que les experts ont relevé qu'il existait une capacité de 50 % comme femme de ménage chez des particuliers.

A cet égard, la capacité de travail a finalement été modifiée par le SMR en ce sens qu'une activité d'employée de maison était incompatible avec les limitations constatées mais qu'une autre activité adaptée était possible à 100 %.

En l'occurrence, au vu des critères jurisprudentiels déterminés pour évaluer le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une fibromyalgie, il y a lieu d'admettre qu'une capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée autre que l'activité d'employée de maison n'est pas critiquable.

En effet, si la recourante souffre d'affections corporelles chroniques, les autres critères jurisprudentiels pour admettre qu'un trouble somatoforme douloureux est invalidant ne sont en l'occurrence pas remplis. Son trouble anxieux et dépressif n'est pas d'une intensité telle qu'il puisse être admis en tant que comorbidité psychiatrique au trouble somatoforme douloureux. Par ailleurs, la recourante, qui vit en couple, n'a pas allégué et cela ne ressort pas non plus du dossier, qu'elle subirait une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. On ne saurait non plus retenir un état psychique cristallisé en l'absence d'un suivi adéquat au niveau psychiatrique, soit un traitement psychothérapeutique et médicamenteux, comme l'ont relevé les experts.

L'estimation différente de la capacité de travail de la recourante faite par les médecins-traitants ne saurait ainsi contester valablement les conclusions de l'expertise COMAI, précisées par le SMR en ce sens que la recourante est à même d'effectuer un travail adapté, autre que celui de femme de ménage, en tenant compte des limitations estimées par les experts. C'est le lieu de préciser que, contrairement à l'avis du SMR, cette activité adaptée doit être reconnue à 50 % et non à 100 %, en accord avec les conclusions de l'expertise quant au taux de la capacité de travail de la recourante.

12. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, il convient préalablement de relever que le statut mixte 50-50 retenu par l'intimé, n'a plus été contesté par la recourante, comme celle-ci l'a précisé en audience de comparution personnelle des parties.

Ensuite, il convient de constater que l'intimé a retenu à juste titre un salaire d'invalidité fondé sur les salaires statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de 2004 (pour une femme, dans des activités simples et répétitives) à 50 %, pour un horaire moyen hebdomadaire de 41,6 heures et adapté à l'année 2005, soit un revenu annuel de 24'566 fr.

Le recourante estime que l'intimé aurait dû lui donner une liste précise des activités compatibles avec ses limitations. Cependant, le Tribunal fédéral a jugé qu'au regard du large éventail d'activités simples que recouvrent les secteurs de la production et des services selon les ESS, on doit convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et permettent notamment l'alternance des mouvements (ATFA du 25 avril 2005 - I 269/03) de sorte qu'en l'espèce elles doivent également être considérées comme adaptées aux limitations de la recourante.

L'intimé a ensuite appliqué une déduction globale de 10 %, soit un revenu d'invalide finalement de 22'110 fr. Il est à relever que, même si une déduction plus importante, soit de 20 %, était appliquée, le revenu ainsi obtenu, soit 19'652 fr. 80 n'aurait pas de conséquence sur le droit à la rente de la recourante.

En effet, le degré d'invalidité dans la sphère lucrative serait, compte tenu d'un salaire sans invalidité non contesté de 32'201 fr., de 37 %, soit :

$$\frac{\text{32'201 fr. - 19'652 fr. 80}}{\text{32'201 fr.}} = 37\ \%$$

Or, l'enquête ménagère du 6 février 2007, non contestée par la recourante et qu'il n'y a pas lieu de remettre en cause, ayant conclu à un degré d'invalidité de 16,5 %, le degré d'invalidité final compte tenu du statut mixte 50-50 est de 26,75 %, soit :

18,5 % dans la sphère lucrative + 8,25 % dans la sphère ménagère.

Taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

13. Le refus de mesures professionnelles n'a pas été contesté par la recourante, laquelle a uniquement relevé en audience de comparution personnelle des parties qu'elle était prête à se soumettre à de telles mesures proposées par l'assurance-invalidité, de sorte que le refus sera également confirmé.

14. Enfin, les experts ont relevé que des facteurs médicaux de mauvais pronostics étaient présents (chronification du trouble somatoforme douloureux, état anxieux et dépressif non traité) et qu'il existait un épuisement progressif des ressources psychiques. Dans ces conditions, il n'est pas exclu que, nonobstant une prise en charge psychiatrique adéquate, le trouble somatoforme douloureux ne devienne pas, à l'avenir, invalidant. Si le mauvais pronostic avancé par les experts devait se confirmer, la recourante pourra, cas échéant, déposer une nouvelle demande de prestations.

15. Le recours ne peut en conséquence qu'être rejeté.

16. Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.

4. 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); 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
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

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