

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3264/2008

ATAS/915/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 13 juillet 2009

En la cause

Madame Q_____, domiciliée au Lignon, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître BROTO Diane

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Georges ZUFFEREY, Président suppléant; Teresa SOARES et Luis ARIAS,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame Q_____, ressortissante du Kosovo née en 1958, est arrivée en Suisse en mars 1993 et y a exercé la profession de nettoyeuse à 45 %. En date du 27 octobre 2005, elle a déposé une demande de prestation de l'assurance-invalidité, notamment en raison de problèmes cardiaques. Dans ce cadre, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a réuni diverses attestations médicales.
2. Dans un rapport du 11 novembre 2005, le Dr A_____, cardiologue, a diagnostiqué de rares crises de tachycardie supraventriculaire paroxystique. Il n'y avait pas d'arrêt de travail de sa part. L'activité actuelle était encore exigible sans contre-indication d'un point de vue cardiaque.
3. Dans un rapport du 4 décembre 2005, le Dr
4. B_____, neurologue, a diagnostiqué une tachycardie paroxystique supraventriculaire, des douleurs musculo-ostéoarticulaires d'allure fibromyalgique, une hernie hiatale, ainsi qu'un probable état dépressif avec fatigue et aboulie. L'incapacité de travail était totale depuis le 4 février 2004. L'état de santé était stationnaire, le pronostic réservé. L'activité actuelle ne pouvait plus être exercée, mais un travail léger sans stress ni efforts importants pourrait théoriquement être exercé à raison de 4 heures par jour. La patiente pouvait tenir la position assise pendant 3 heures, la position debout pendant 1 heure et la même position pendant 1 heure. La motivation pour la reprise d'un travail ou de reclassement professionnel était faible et l'absentéisme prévisible important.
5. Dans un rapport du 6 janvier 2008, le Dr C_____, rhumatologue, a diagnostiqué un état dépressif chronique important, un trouble somatoforme douloureux persistant, une tachycardie par réentrée intranodale typique, un status après ablation par radiofréquence de la voie lente ainsi que des palpitations récidivantes après ablation. L'état de santé s'aggravait. L'incapacité de travail était totale et définitive dans toute activité depuis le 4 février 2004. La patiente pouvait tenir la position assise pendant 2 à 3 heures par jour, la position debout pendant 2 à 3 heures et la même position pendant 1 à 2 heures.
6. Dans un rapport du 7 février 2007, le Dr A_____ a indiqué que l'état de santé était resté stationnaire sans changement dans les diagnostics. D'un point de vue cardiaque, il n'y avait aucune limitation fonctionnelle sauf pendant les rares crises.
7. Dans un rapport du 10 février 2007, le Dr B_____ a exposé que l'état de santé était stationnaire, sans changement dans les diagnostics. La compliance était moyenne et la patiente peu motivée pour retrouver un travail léger. Les limitations étaient la fatigue, des douleurs cervico-dorsolombaires, et des épisodes de tachycardie.

8. Dans un rapport du 28 février 2007, le Dr C_____ a indiqué que l'état de santé était stationnaire et l'incapacité toujours totale. Les 18 points de fibromyalgie étaient douloureux ainsi que de nombreux autres points selon Waddell. Il y avait une limitation modérée des mouvements au niveau des épaules, des genoux et du rachis mais cette limitation était surtout consécutive à la symptomatologie douloureuse, soit d'origine psychique. Le diagnostic d'un état dépressivo-anxieux chronique associé à un syndrome somatoforme douloureux persistant ne faisait à son avis aucun doute. Théoriquement, la patiente devrait être capable de faire un travail léger si son état psychique s'améliorait. La compliance était optimale. Son état actuel ne permettait pas la reprise d'une activité rémunérée.

9. Dans un rapport du 12 juin 2007, le Dr E_____, psychiatre, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique, un syndrome douloureux somatoforme persistant, type fibromyalgie, ainsi qu'une tachycardie rentrée intranodale. L'incapacité de travail était totale depuis le 4 février 2004. L'état de santé était stationnaire et le pronostic réservé.

10. L'assurée a été soumise à une expertise tridisciplinaire, rhumatologique par la Dresse F_____, psychiatrique par la Dresse G_____ et cardiologique par le Dr H_____, les 29 et 30 octobre 2007, au Centre d'expertise médicale de l'assurance-invalidité (ci-après le COMAI). Ces médecins ont diagnostiqué des lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs modérés depuis 2004 (avec répercussion sur la capacité de travail). Les diagnostics de fibromyalgie, de gonarthrose discrète à droite, et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique, n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail. Sur le plan ostéoarticulaire, l'ensemble du tableau clinique ne justifiait pas une incapacité de travail. Les limitations à l'activité professionnelle étaient les suivantes : pas de port de charges de plus de huit kilos, pas de flexion antérieure fréquente, pas de station accroupie prolongée. La capacité de travail était complète avec une diminution de rendement en raison des limitations. Elle était complète sans diminution de rendement dans une activité adaptée. Sur le plan cardiologique, l'arythmie supraventriculaire était une arythmie bénigne et si elle était invalidante au moment où elle survenait, elle ne contre-indiquait pas une activité professionnelle. Les plaintes des douleurs thoraciques n'avaient probablement pas une origine cardiaque. Il n'y avait pas de contre-indication cardiologique à une activité professionnelle à 100 % sans diminution de rendement. Sur le plan psychiatrique, on constatait au plus un épisode dépressif léger qui était compatible avec une reprise professionnelle à 100 %, sans diminution de rendement. Ainsi, la capacité de travail était complète dans l'activité habituelle de la recourante, avec une diminution de rendement de 20 % sur le plan somatique, en raison des limitations fonctionnelles et complète sans diminution de rendement dans une activité adaptée.

11. Dans un rapport sans examen clinique du 22 février 2008, le Dr I_____ du Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR) a constaté que la recourante présentait dans son activité habituelle une capacité totale de travail avec un rendement de 20 % et dans une activité adaptée une capacité totale de travail sans diminution de rendement.
12. Par projet de décision du 2 juin 2008, l'OCAI a rejeté la demande de rente au motif que l'assurée présentait une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 20 % dans son activité habituelle ou dans les tâches ménagères, ce qui correspondait à un taux d'invalidité d'environ 9 % n'ouvrant pas droit à une rente.
13. Dans un rapport du 30 juin 2008, le Dr C_____ a indiqué que les nombreuses limitations de mouvements évoquées par les deux experts étaient selon lui réelles. La diminution du taux de rendement était nettement supérieure à 20 %. Dès lors, ce médecin priait l'OCAI de revoir le taux d'invalidité qui ne correspondait pas à la réalité. Selon ce médecin, la capacité de travail de l'assurée dans son ancienne activité était au maximum de 50 %.
14. Dans un courrier du 2 juillet 2008, le Dr (signature illisible) du SMR a relevé que le courrier du Dr C_____ n'apportait aucun élément clinique permettant de justifier une capacité de travail plus limitée que celle retenue par les experts. Ainsi, les conclusions du rapport du SMR de février 2008 restaient valables.
15. Par décision du 9 juillet 2008, l'OCAI a refusé toute prestation à l'assurée, maintenant son projet de décision.
16. Par courrier du 12 septembre 2008, l'assurée a recouru contre cette décision auprès du Tribunal de céans, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et subsidiairement à l'obtention de mesures de reclassement professionnel. Elle a pour le surplus requis un délai supplémentaire, afin de réunir des attestations de ses médecins traitants.
17. Dans un mémoire complémentaire du 10 novembre 2008, la recourante s'est référée aux rapports de ses médecins traitants, notamment à ceux des Drs C_____ et E_____ qui l'estimaient totalement incapable de travailler. Elle a contesté l'expertise médicale qui ne correspondait en rien à l'avis de ses médecins. Selon elle, les experts avaient sous-estimé son affection psychique. Elle a conclu préalablement à un complément d'instruction sur le plan psychique et principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
18. Dans sa réponse du 11 décembre 2009, l'OCAI a fait valoir que l'expertise était complète et bien motivée et qu'elle avait pleine valeur probante; elle devait par conséquent être suivie au détriment de l'avis des médecins traitants. Il a conclu au rejet du recours.

19. En date du 26 janvier 2009 s'est tenue devant le Tribunal de céans une audience de comparution personnelle.

La recourante a notamment exposé qu'elle était domiciliée en Suisse depuis 1993. Elle avait exercé la profession de nettoyeuse depuis 1996 jusqu'en 2004, à un taux de 50 %. Depuis cette date, elle n'exerçait plus d'activité. Elle avait suivi des cours de français et participait activement à la vie du quartier. Depuis son arrivée en Suisse, elle s'était fait passablement d'amis qu'elle rencontrait régulièrement. Des difficultés dans le cadre de son couple et ses problèmes de santé perturbaient considérablement son activité sur le plan social, voire l'annihilait. Une séparation avec son mari était en cours. Elle ressentait des douleurs aux deux jambes, aux deux bras, dans le dos et avait également des problèmes cardiaques. S'agissant de l'expertise, elle avait pu s'exprimer clairement car il y avait un interprète. Elle consultait depuis environ deux ans le Dr E_____, psychiatre, à raison d'une à deux fois par mois.

20. En date du 2 mars 2009, se sont tenues devant le Tribunal de céans une audience d'enquêtes et une audience de comparution personnelle. Le Dr E_____ a été entendu en qualité de témoin.

Ce médecin a exposé que sa patiente parlait suffisamment la langue française pour que les consultations se déroulent normalement. Il suivait la recourante depuis le 27 avril 2007, à raison d'une fois par mois. Ils s'agissait d'une psychothérapie de soutien et non d'une psychothérapie analytique. Il lui avait prescrit des antidépresseurs et des anxiolytiques. Le rapport d'expertise ne lui avait pas été transmis, et les experts n'avaient pas pris contact avec lui. La situation de sa patiente représentait un tout, aussi bien physique que psychique, qu'il fallait prendre en compte dans l'appréciation générale du cas. Les experts n'avaient pas tenu compte, à son sens dans le cadre de l'expertise, de la fibromyalgie. Selon le témoin, la vie sociale de sa patiente avait été fortement réduite et elle vivait dans un isolement important. L'épisode dépressif devait être selon son expérience qualifié de sévère à moyen mais en tout cas pas de léger. Depuis le début de ses consultations, la patiente était en incapacité totale de travail. Il n'envisageait pas d'intensifier les séances de psychothérapie car il estimait que ces séances ne seraient pas efficaces pour la recourante. Les soins prodigués actuellement avaient pour but de maintenir l'assurée dans la situation de moins de souffrance possible. Le témoin ne pouvait pas se prononcer sur le fait qu'un jour elle serait en mesure de reprendre une activité. Sa patiente était une personne plutôt introvertie, discrète, qui ne faisait pas étalage de ses problèmes. Cette situation pouvait aboutir au fait qu'un expert qui ne la voyait qu'une fois pouvait être induit en erreur. Il avait pu constater qu'il avait fallu plusieurs rendez-vous pour avoir une juste appréciation de la situation.

La recourante a quant à elle exposé que sa vie sociale était riche lorsqu'elle était arrivée en Suisse, qu'elle avait fait des efforts d'intégration mais que par la suite en raison de son état de santé, cette démarche de sociabilité s'était fortement réduite.

21. Par courrier du 19 mars 2009, l'OCAI s'est déterminé par rapport aux procès-verbaux d'audience. Il avait requis l'avis du SMR, auquel il s'est référé. Dans son avis du 18 mars 2009, la Dresse Sylvie J_____ a exposé que c'était bien en raison de la fibromyalgie que la recourante avait été soumise à une expertise pluridisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique. Elle avait fait l'objet d'une anamnèse et d'un statut fouillé sur le plan psychiatrique et les médecins examinateurs avaient pris en compte les données médicales présentes au dossier. Le Dr E_____ n'avait pas fourni d'éléments pouvant expliquer ce qui permettait de suivre son appréciation de l'épisode dépressif. D'ailleurs, dans son rapport du 12 juin 2007, ce médecin avait retenu un trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique, sans en qualifier l'épisode mais avait retenu le chiffre F.33.11, ce qui correspondait tout au plus à un épisode de degré moyen qui n'avait pas de valeur invalidante en tant que tel puisqu'il devait être considéré comme accompagnant la fibromyalgie. Par ailleurs, pour quelqu'un qui estimait que le trouble dépressif était peut-être sévère, le psychiatre n'était pas très inquiet puisqu'il n'envisageait pas d'intensifier les séances. Or, en cas d'épisode dépressif sévère, il était habituel que les psychiatres traitants voient leurs assurés deux fois par semaine et envisagent même une hospitalisation, ce qui n'était nullement le cas dans cette situation. S'agissant de la personnalité de la recourante, les experts avaient posé des questions afin d'avoir une anamnèse psychiatrique fouillée. Enfin, l'assurée s'était exprimée par l'intermédiaire d'un traducteur, ce qui avait peut-être facilité l'échange, alors qu'avec son psychiatre traitant, les éléments avaient peut-être mis plus de temps à être révélés par l'assurée qui parlait mal le français. Au vu de ce qui précédait, les conclusions de l'expertise restaient valables.
22. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ), 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, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

3. Interjeté dans les délai et formes prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 38 et 56 ss et LPGA).
4. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006, apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal fédéral des assurances (art. 132 al. 2 et 134 OJ). Le présent cas est soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (à l'exception de l'art. 68quater entré en vigueur rétroactivement le 1er juillet 2007), il convient de relever que du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision du 9 juillet 2008 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LAI pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3).

5. En l'occurrence, il s'agit de déterminer le degré d'invalidité de la recourante.
 - a) Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA).

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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} 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*).

La reconnaissance de l'existence 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 396 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. D'autre part, dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques – plaintes douloureuses diffuses – sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49).

Au nombre des critères dégagés par la jurisprudence, qui permettent de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan 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 traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté.

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 sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 et les références citées).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4^e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 *in fine* et les références citées).

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).

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur de la 4^{ème} révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à

l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

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 ainsi 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).

Le juge ne s'écarte en principe 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 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 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).

Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). 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).

6. En l'occurrence, se trouvent au dossier des rapports des médecins traitants, notamment des Drs C_____ et E_____ ainsi qu'une expertise tridisciplinaire effectuée par le COMAI. Il convient tout d'abord de déterminer la valeur probante de cette expertise.

Les experts ont examiné les différents rapports médicaux au dossier. Ils ont formulé des "données personnelles et administratives" ainsi que "des données subjectives". Ils ont livré un statut cardiologique, somatique et psychiatrique et ont répondu clairement aux questions posées. Ils ont également procédé à une synthèse et une discussion et ont formulé des conclusions claires et motivées. L'expertise est convaincante et ne comporte pas de contradiction. Elle doit dès lors se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence fédérale.

Les experts diagnostiquent des lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs modérés depuis 2004 (avec répercussion sur la capacité de travail). Les diagnostics de fibromyalgie, de gonarthrose discrète à droite, et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique, n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail. La capacité de travail est selon les experts complète dans l'activité habituelle de la recourante, avec une diminution de rendement de 20 % sur le plan somatique, en raison des limitations fonctionnelles; elle est complète sans diminution de rendement dans une activité adaptée. Ces conclusions claires seront suivies par le Tribunal de céans. En effet, les médecins traitants n'apportent pas d'éléments permettant de mettre en doute l'appréciation des experts. Il n'apparaît en

effet pas convaincant que la recourante présente un état dépressif moyen ou sévère au vu du nombre de séances de psychothérapie par mois (une séance mensuelle) et le psychiatre traitant n'a pas posé d'éléments objectifs qui pourraient permettre de jeter des doutes sur les conclusions de l'expertise. Il se contente d'affirmer que les experts n'ont à son avis pas pris en compte la fibromyalgie, ce qui n'est pas le cas, puisque ceux-ci ont bien retenu ce diagnostic, qui n'a selon eux pas de répercussion sur la capacité de travail.

A défaut d'une comorbidité psychiatrique grave, il convient d'examiner les critères qui permettent de juger du caractère invalidant de la fibromyalgie. Au vu des atteintes somatiques légères, le critère des affections corporelles chroniques n'est pas rempli. Il n'apparaît pas que la recourante souffre d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations, puisqu'elle a maintenu une certaine vie sociale, malgré son état de santé et la séparation et aucun médecin n'a parlé de l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art. Ainsi, seul le critère de l'état psychique cristallisé pourrait être retenu, mais qui ne suffit pas, à lui seul, à qualifier la fibromyalgie d'invalidante. Enfin, il convient d'ajouter que la recourante est encore jeune, ce qui signifie que l'on doit se montrer d'autant plus sévère pour juger du caractère invalidant de la fibromyalgie.

Au vu de ce qui précède, l'on doit tenir pour établi que la recourante présente une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de nettoyeuse, avec une diminution de rendement de 20 % et une pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans une activité adaptée.

7. Cependant, il convient de constater que la recourante ne travaillait que 20 heures par semaine sur un horaire habituel hebdomadaire chez son employeur de 44 heures. Dès lors, elle travaillait à temps partiel et l'OCAI n'a pas examiné son degré d'invalidité dans la tenue de son ménage, soit les empêchements dans le ménage. Le dossier n'est par conséquent pas en état d'être jugé, à défaut d'une enquête à domicile permettant de déterminer lesdits empêchements ménagers. Il conviendra dès lors de renvoyer la cause à l'OCAI afin qu'il procède à une enquête à domicile permettant de déterminer le degré d'invalidité de la recourante dans les tâches ménagères et nouvelle décision tenant compte du degré global d'invalidité, tant dans l'activité professionnelle que dans l'activité ménagère.
8. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis au sens des considérants. La recourante qui obtient partiellement gain de cause aura droit à des dépens fixés à 800 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision de l'OCAI du 9 juillet 2008.
4. Constate que la recourante présente dans son activité professionnelle habituelle une pleine capacité de travail avec un rendement diminué de 20 % et dans une activité adaptée une pleine capacité de travail sans diminution de rendement.
5. Renvoie le dossier à l'OCAI afin qu'il diligente une enquête à domicile pour déterminer les empêchements dans le ménage, soit le degré d'invalidité dans les activités ménagères et rende une nouvelle décision tenant compte du degré d'invalidité global.
6. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'OCAI.
7. Condamne l'OCAI à verser à la recourante une indemnité à titre de participation à ses dépens de 800 fr.
8. 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

Le président suppléant

Nancy BISIN

Georges ZUFFEREY

La secrétaire-juriste :

Frédérique GLAUSER

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