

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/345/2009

ATAS/1669/2009

ORDONNANCE D'EXPERTISE
DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 22 décembre 2009

En la cause

Madame F _____, domiciliée à Genève, représentée par la
Fédération Suisse pour l'Intégration des handicapés

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente

EN FAIT

1. Madame F _____, ressortissante portugaise née en novembre 1961, est arrivée en Suisse en 1989 et y a exercé notamment les activités de nettoyeuse et d'employée de pressing.
2. En date du 16 septembre 2005, elle a déposé une demande de prestations d'invalidité en raison d'une lombosciatique gauche invalidante. L'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI) a réuni à ce titre diverses attestations médicales.
3. Dans un rapport du 20 novembre 2005, le Dr L _____, neurochirurgien, a diagnostiqué un failed back, un status après cure de hernie discale L5-S1 et des lombosciatalgies (mots illisibles). L'incapacité était totale depuis le 5 septembre 2004 et l'état de santé stationnaire. Ce médecin a précisé que l'activité exercée jusqu'à maintenant était encore exigible à raison de deux à trois heures par jour avec une diminution de rendement. Les activités de dame de compagnie ou de réceptionniste étaient également envisageables.
4. Dans un rapport du 3 janvier 2006, le Dr M _____, rhumatologue, a diagnostiqué un status post-disectomie pour lombosciatique parétique S1 gauche en octobre 2004, un failed back surgery syndrome avec lombosciatalgie gauche résiduelle et un status post-résection d'un kyste synovial profond de la face antérieure du coude gauche avec paresthésies résiduelles dans le territoire du médian. L'incapacité de travail était totale depuis le 5 septembre 2004 et l'état de santé stationnaire. Le pronostic restait très sombre compte tenu de la persistance des douleurs lombaires qui occasionnaient une incapacité totale de travail dans le métier de femme de ménage et d'employée dans une teinturerie. Un reclassement professionnel paraissait impossible en raison de l'intensité des douleurs lombaires et de l'incapacité de la patiente à rester debout ou assise plus de 15 minutes sans souffrir de manière importante, ceci malgré le traitement institué. Aucune activité n'était adaptée à l'état de santé de la patiente.
5. En date du 20 janvier 2006, l'assurée a été soumise à une expertise rhumatologique conduite par le Dr N _____, dans le cadre d'une assurance perte de gain. L'expert a diagnostiqué des lombalgies chroniques, une sciatalgie gauche non déficitaire dans le dermatome S1, un status après ablation d'un ostéome pariétal (en 1998) et un status après exérèse d'un kyste arthro-synovial du coude gauche. L'incapacité de travail était totale et définitive. La patiente était cohérente dans ses plaintes qui n'étaient en aucune manière exagérées et correspondaient aux lésions anatomiques touchant le disque L5-S1.
6. Dans un rapport du 20 janvier 2007, le Dr O _____, médecin au Service d'orthopédie et de traumatologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-

après les HUG) a indiqué que l'état de santé s'améliorait et que des mesures professionnelles étaient indiquées. Il a diagnostiqué des (mots illisibles) sur chondropathie du plateau tibial externe.

7. Dans un rapport du 24 avril 2007, le Dr L_____ a diagnostiqué un syndrome dépressif réactionnel, une fibromyalgie et des douleurs cervicales. L'état de santé s'était aggravé et l'incapacité de travail était nulle dans toute activité.
8. Dans un rapport du 30 avril 2007, le Dr M_____ a indiqué que l'état de santé s'était aggravé; il y avait des changements dans les diagnostics qui étaient les suivants : status post-arthroscopie du genou gauche pour déchirure complexe de la corne antérieure du ménisque externe avec languette libre, chondropathie de grade II à III du plateau tibial externe, épanchement articulaire post-opératoire avec kyste poplité, rupture du kyste poplité et pseudo-phlébite du mollet gauche, status post-résection d'un granulome sur fil au niveau de la cicatrice abdominale sus-ombilicale réalisée pour la pose de la prothèse discale. Plus aucune activité n'était envisageable et les douleurs allaient s'accroissant malgré tous les traitements qui avaient été tentés. La patiente était suivie par un psychiatre en raison d'un état dépressif réactionnel aux douleurs.
9. En date des 25 et 26 septembre 2007, l'assurée a été soumise à une expertise pluridisciplinaire, conduite par les Drs P_____, psychiatre, Q_____, rhumatologue, et R_____, neurologue, au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après le COMAI). Les experts ont diagnostiqué des lombo-sciatalgies gauches persistantes après cure de hernie discale L5-S1 gauche, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, un syndrome douloureux du compartiment antérieur des genoux sur chondromalacie et arthrose fémoro-patellaire. Il existait une incapacité totale de travail dans l'activité de nettoyeuses et d'employée de pressing, mais dans une activité adaptée, la capacité sur le plan somatique s'élevait à 75 %, sans diminution de rendement. Sur le plan psychique, la capacité de travail était de 50 %, sans diminution de rendement, dans toute activité (cf. rapport d'expertise du COMAI du 4 janvier 2008).
10. Dans un avis sans un examen clinique du 29 janvier 2008, le Dr S_____ du Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR) a retenu une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée depuis juillet 2007.
11. Par projet de décision du 30 mai 2008, l'OCAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2005 au 30 septembre 2007, puis un quart de rente d'invalidité à partir du 1er octobre 2007 sur la base en degré d'invalidité de 46 % issu d'une comparaison des revenus sans invalidité de 39'219 fr. et avec invalidité de 21'238 fr. avec réduction sur le revenu d'invalidité de 15 %.

12. Par courrier du 16 juin 2008, l'assurée a contesté ce projet de décision, se référant à l'avis de ses médecins traitants et du Dr N_____.
13. Dans un rapport du 16 septembre 2008, le Dr M_____ a indiqué que l'état de santé s'était aggravé avec l'apparition de cervicalgies mécaniques depuis environ six mois. La patiente était très algique et contrainte de rester couchée plusieurs heures par jour, avec actuellement un traitement antalgique maximal.
14. Dans un avis sans examen clinique du 22 septembre 2008, le Dr T_____ du SMR a indiqué que selon le rapport des HUG, il n'y avait aucune hernie discale cervicale au contraire des déclarations de l'assurée. Il existait une pathologie de l'épaule gauche qui avait répondu favorablement au traitement. Cette atteinte de l'épaule limitait les activités répétitives et de force au niveau de l'épaule gauche. Cependant si le poste de travail était adapté, une capacité de travail de 50 % était envisageable.
15. Par courrier du 14 novembre 2008, le Dr U_____, psychiatre, a indiqué qu'il avait examiné l'assurée à la demande du Dr V_____ et que son examen clinique lui avait permis d'écarter une sinistrose. Il appuyait dès lors fortement la demande de rente d'invalidité complète de l'assurée.
16. Par décision du 8 janvier 2009, l'OCAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2005 au 30 septembre 2007, puis un quart de rente d'invalidité à partir du 1er octobre 2007.
17. Par courrier du 4 février 2009, l'assurée a recouru contre cette décision auprès du Tribunal de céans, concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et subsidiairement à l'octroi d'une demi-rente dès le 1er octobre 2007. La recourante s'est étonnée de la diminution de sa rente entière d'invalidité à un quart de rente depuis octobre 2007, puisque son état de santé ne s'était pas amélioré. Elle a également contesté le rapport d'expertise, faisant valoir qu'il n'avait pas de valeur probante puisque les experts n'avaient fait que de juxtaposer une capacité de travail sur le plan somatique et une capacité de travail sur le plan psychique, ce qui ne relevait pas d'un rapport d'expertise pluridisciplinaire. Enfin, les conclusions de cette expertise allaient à l'encontre de l'avis de tous les médecins et autres experts qui l'avaient examinée.
18. Dans un rapport du 6 février 2009, le Dr W_____, psychiatre, a indiqué qu'il suivait la recourante depuis le 13 novembre 2008. Elle lui avait été adressée par les Drs U_____ et M_____. Il a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, un syndrome douloureux somatoforme persistant et un trouble anxieux sans précision. L'incapacité de travail de sa patiente était actuellement totale pour des raisons à la fois somatiques et psychologiques. Sur le plan psychologique, l'évolution était

défavorable avec un fonctionnement psychique cristallisé qui mettait en difficulté majeure le plan d'élaboration psychique.

19. Dans sa réponse du 5 mars 2009, l'OAI s'est référé au rapport d'expertise du COMAI, qui avait pleine valeur probante et dont les conclusions devaient être suivies.
20. En date du 4 mai 2009, s'est tenue devant le Tribunal de céans une audience de comparution personnelle des parties.

La recourante a indiqué qu'elle souffrait de lombalgies, d'une sciatique et de l'épaule gauche. Depuis l'année 2004, de la morphine lui avait été prescrite par périodes. Elle consultait actuellement le Dr W _____ à raison de deux fois par semaine. Elle avait auparavant consulté les Drs A _____ et U _____, psychiatres. Les travaux ménagers étaient effectués par son mari et sa sœur venait tous les samedis aider au ménage. Elle occupait ses journées à faire de petites promenades de maximum 10 minutes et d'aller aux rendez-vous de ses médecins. Le reste du temps, elle le passait à son domicile à se reposer en regardant parfois la télévision. Elle rencontrait souvent une amie qui habitait dans le même immeuble. Elle ne participait à aucune manifestation du quartier en raison de son état de santé physique d'une part et en raison d'un manque de motivation d'autre part. Le fait de prendre autant de médicaments perturbait considérablement sa concentration, ce qui l'empêchait d'exercer une activité en qualité de caissière par exemple. Elle n'était nullement opposée à des mesures de réadaptation et à reprendre une activité dans la mesure où elle pourrait être exigible.

L'OCAI a quant à lui indiqué que les mesures de reclassement n'étaient envisagées en principe que lorsque la personne avait une formation de base.

21. Par courrier du 6 août 2009, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise bidisciplinaire au Bureau romand d'expertises médicales (Dresses B _____, rhumatologue, et C _____, psychiatre), dont les médecins sont indépendants de l'assurance-invalidité, leur a soumis la mission d'expertise et leur a fixé un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation des expertes et sur les questions libellées dans la mission d'expertise.
22. Par courrier du 26 août 2009, la recourante a indiqué que le Tribunal de céans, pourrait, pour paraître aussi impartial que possible, confier l'expertise bidisciplinaire à des médecins qui ne travaillaient pas au sein d'un centre d'observation de l'assurance-invalidité et qui ne gagnaient pas leur vie grâce aux importants honoraires qu'il percevait de celui-ci. Elle suggérait que le contenu de ses remarques soit discuté avec les juges assesseurs et était prête à proposer des

noms d'experts moins liés à l'assurance-invalidité que ne l'étaient les Dresses B_____ et C_____.

23. Par courrier du 1er septembre 2009, l'OAI a indiqué qu'il souhaitait que les experts expliquent, le cas échéant, pourquoi ils s'écarteraient des conclusions précédemment retenues par le COMAI.
24. Par courriers du 15 octobre 2009, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il avait décidé de mandater deux nouveaux experts, en les personnes du Dr P_____, psychiatre, et du Dr D_____, rhumatologue. Un délai au 29 octobre 2009 a été imparti aux parties pour se prononcer sur une éventuelle cause de récusation des experts et sur les questions libellées dans la mission d'expertise.
25. Par courrier du 29 octobre 2009, la recourante a indiqué que le Dr P_____ était connu pour faire beaucoup d'expertises pour l'assurance-invalidité, que ce soit à titre de "médecin dit indépendant" ou "de médecin psychiatre œuvrant au sein du CEMed, c'est-à-dire d'un COMAI connu pour être le chouchou des assureurs, en particulier de l'assurance-invalidité". Elle proposait par ailleurs des noms d'experts psychiatres "tout ce qui a de plus convenables". Enfin, elle a précisé n'avoir pas de questions à ajouter à celles figurant dans la mission d'expertise du 15 octobre 2009.
26. Par courrier du 23 novembre 2009, l'OAI a indiqué que le choix du Dr P_____ était judicieux car il avait déjà examiné l'assurée. Il était en revanche regrettable de ne pas confier l'expertise somatique au Dr Q_____, précédent expert rhumatologue.
27. 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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. 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 8 janvier 2009 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 4^{ème} 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).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration ou le juge sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, 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 (ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence).

Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), 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. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le Tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87)

6. En l'occurrence, se trouvent au dossier des rapports des médecins traitants, notamment des Drs M_____ et E_____, une expertise rhumatologique de janvier 2006 du Dr N_____, effectuée dans le cadre de l'assurance perte de gain et une expertise pluridisciplinaire du COMAI de septembre 2007.

Singulièrement tous les médecins qui ont examiné l'a recourante concluent à une incapacité totale de travail, à l'exception des experts du COMAI. A cet égard, il convient de relever que le Dr N_____ estime également, en tant qu'expert, l'incapacité de la recourante totale. Par ailleurs, le Dr E_____, nouveau psychiatre traitant diagnostique notamment un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Or, le syndrome douloureux somatoforme constitue un nouveau diagnostic qui n'a pas été investigué par les experts du COMAI. La recourante et le Dr M_____ allèguent en outre une aggravation de l'état de santé par rapport à la date de l'expertise du COMAI. Enfin, l'unanimité des médecins s'agissant de l'incapacité de travail de la recourante, et notamment l'avis du Dr N_____ intervenant également comme expert, est propre à mettre en doute les conclusions des experts du COMAI. Par conséquent, le Tribunal de céans estime qu'il est nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise bidisciplinaire. Au vu de ce qui précède, il se justifie de procéder à une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise psychiatrique et rhumatologique. A cette occasion, outre les aspects psychiques en tant que tels, le caractère invalidant des éventuels troubles somatoformes douloureux devra être examiné à la lumière des critères développés par la jurisprudence.

7. Cette expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, sera confiée au Dr P_____, psychiatre, et au Dr D_____, rhumatologue.

A cet égard, il convient de relever que le Dr P_____ officiera à titre de médecin indépendant et que les griefs soulevés par la recourante à son encontre apparaissent dénués de fondement; ils ne reposent en effet sur aucun élément objectif. Par ailleurs, il sied de relever que le choix du même expert psychiatre est intéressant afin d'évaluer l'évolution de l'état psychique.

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

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr P_____, psychiatre et au Dr D_____, rhumatologue. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
3. Pour le Dr P_____, psychiatre :
 - a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - b. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée.
 - c. Examiner l'assurée.
 - d. Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
 - e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 - f. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre l'assurée d'un point de vue psychiatrique ?
 - g. Y a-t-il une incapacité de travail du point de vue psychiatrique? Si oui à quel taux ? Quelles sont les limitations fonctionnelles et les activités adaptées à l'état de santé psychiatrique ?
 - h. En cas de trouble psychique, quel est le degré de gravité de celui-ci (faible, moyen, grave) ? Depuis quelle date est-il présent ? Quel traitement est-il indiqué ? L'assurée suit-elle un traitement adéquat ? Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ? La compliance est-elle optimale?
 - i. Y-a-t-il eu une aggravation de l'état psychique depuis votre précédente évaluation de septembre 2007 ? Si oui quelle est sa répercussion sur la capacité de travail ? Poser précisément les dates d'incapacité de travail (totale ou partielle) et de capacité de travail depuis septembre 2007 d'un point de vue psychique.

- j. Confirmez-vous le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie? Si oui :
- Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? Si oui, de quelle importance ? Si oui ce trouble psychique, a-t-il valeur de maladie en tant que telle ou doit-il être considéré uniquement comme une manifestation réactive au trouble somatoforme douloureux ou à la fibromyalgie ?
 - Existe-t-il des affections corporelles chroniques ?
 - Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ?
 - L'assurée subit-elle une perte d'intégration sociale et, cas échéant, dans quelle mesure et de quelle manière ?
 - L'état psychique est-il cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) ?
 - Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conforme aux règles de l'art ?
 - Peut-on exiger de l'assurée qu'elle mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail ?
 - En d'autres termes, dispose-t-elle, et si oui, dans quelle mesure, de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs aux fins d'exercer une activité lucrative ?
- k. Compte tenu de l'ensemble des diagnostics psychiatriques, l'assurée pourrait-elle exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle, à quel taux et depuis quelle date ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?
- l. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
- m. En cas d'appréciation différente de celles des différents psychiatres intervenus dans le cadre de cette procédure, expliquer pourquoi.
- n. Au vu du dossier, vos réponses aux questions susmentionnées seraient-elles identiques à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 8 janvier 2009 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ?

- o. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
4. Pour le Dr D _____, rhumatologue :
- p. Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - q. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée.
 - r. Examiner l'assurée.
 - s. Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
 - t. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 - u. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre l'assurée d'un point de vue somatique ?
 - v. Y a-t-il une incapacité de travail du point de vue somatique? Si oui à quel taux ? Y-a-t-il une capacité résiduelle de travail du point de vue somatique? Quelles sont les limitations fonctionnelles et les activités adaptées à l'état de santé somatique ?
 - w. L'assurée suit-elle un traitement adéquat ? Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ? La compliance est-elle optimale ?
 - Confirmez-vous le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie?
 - x. Compte tenu de l'ensemble des diagnostics somatiques, l'assurée pourrait-elle exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle, à quel taux et depuis quelle date ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?
 - y. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
 - z. En cas de conclusions différentes de celles des médecins du COMAI, expliquer pourquoi.
 - aa. Au vu du dossier, vos réponses aux questions susmentionnées seraient-elles identiques à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 8 janvier 2009 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ?
 - bb. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

cc. Faire une appréciation consensuelle du cas entre experts psychiatre et rhumatologue.

5. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La Présidente

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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