

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/50/2008

ATAS/716/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 18 juin 2008

En la cause

Madame B _____, domiciliée à VERNIER, représentée par
Monsieur Jean C _____, SAUVEGARDE POPULAIRE
SUISSE

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique
STOLLER-FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame B _____, originaire d'ex-Yougoslavie, est arrivée en Suisse en 1993. Mariée et sans enfant, elle a travaillé dès le 1^{er} janvier 1998 pour la société X _____ SA en tant que responsable de magasin.
2. Le 14 octobre 2005, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI), tendant à l'octroi d'une rente. Elle souffrait de fibromyalgie depuis 2003 et avait été opérée d'une tumeur cérébrale en juillet 2005. A partir du mois d'août 2003, elle avait d'ailleurs présenté des périodes d'incapacité de travail tantôt entière tantôt partielle.
3. En date du 28 octobre 2005, le mari de l'assurée, en sa qualité d'administrateur de X _____ SA, a retourné à l'OCAI le questionnaire d'employeur dûment complété. L'assurée avait été engagée le 1^{er} janvier 1998 en tant que gérante du magasin, à raison de 42 heures par semaine, soit six jours de sept heures. Les rapports de travail venaient d'être résiliés par l'employeur pour le 31 décembre 2005, en raison de la cessation de l'activité, le dernier jour de travail effectif ayant été le 31 mai 2005. Le salaire annuel réalisé en 2004 et en 2005 s'était monté à 67'509 fr., soit 5'193 fr. par mois.
4. Le 10 novembre 2005, l'OCAI a pris connaissance du dossier médical constitué par la WINTERTHUR ASSURANCES, en sa qualité d'assureur-accidents. Il en ressortait que l'assurée, le 18 octobre 2004, était tombée dans le magasin où elle travaillait, en chutant sur le côté droit du corps suite à une glissade. Elle avait présenté des cervicalgies post-traumatiques et des contusions diverses, ainsi que des dorso-lombalgies.
5. Dans un rapport médical daté du 29 novembre 2005, la Dresse M _____, spécialiste FMH en médecine interne, endocrinologie et diabétologie et médecin traitant, a posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique, de « douleurs résiduelles post opération méningiome cérébral » en juillet 2005, ainsi que d'état dépressif réactionnel, ce dernier diagnostic n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. L'assurée, qu'elle suivait depuis le 24 juin 2005, se plaignait d'une asthénie importante, de douleurs invalidantes dans la moitié droite du corps, de troubles visuels occasionnels, de céphalées frontales et de paresthésies droites, et ce depuis la chute sur son lieu de travail. L'activité exercée jusqu'à ce jour demeurait exigible à 50%. Il convenait d'envisager une réduction du temps de travail et des aménagements du poste de travail. Il fallait éviter le port de poids supérieurs à 3 kg et les mouvements répétitifs.
6. La Dresse N _____, rhumatologue, a exposé dans ses rapports datés des 8 et 15 décembre 2005 que l'assurée se plaignait de douleurs dorso-lombaires de tout le côté droit, prédominant au niveau dorsal avec des douleurs importantes à la

palpation de la région para-dorsale et des contractures musculaires de toute la région cervico-dorsale droite, et ce depuis la chute d'une échelle le 18 octobre 2004. En avril 2005, étaient apparus des épisodes de malaises avec paresthésies mal systématisées de tout l'hémicorps droit, les investigations ayant montré un méningiome pariétal qui fut réséqué le 28 juillet 2005. Du point de vue fonctionnel, sur le plan ostéo-articulaire, l'assurée pouvait effectuer une activité relativement légère, sans ports de charges ni de manutention. Sa capacité de travail était de 100%, avec un rendement diminué de 30% à 40% en raison de ces limitations. S'agissant des suites du méningiome, l'assurée présentait toujours une importante fatigue et des vertiges, ce qui l'empêchait de reprendre son activité professionnelle. Un examen auprès du Dr O_____, qui l'avait opérée, était prévu dans les trois mois.

7. En date du 10 avril 2006, le Dr O_____, médecin-adjoint au service de neurochirurgie des HUG, a retourné à l'OCAI son rapport médical dans lequel il se bornait à renvoyer au résumé de l'hospitalisation du 9 août 2005, qu'il joignait en annexe. Le méningiome para-sagittal gauche avait été réséqué le 28 juillet 2005 lors d'une craniotomie pariétale médiane et paramédiane droite. Les suites opératoires avaient été lentement favorables avec une mobilisation progressive dans les jours qui avaient suivi l'intervention, l'examen neurologique restant dans les normes. Une visite de contrôle avait eu lieu le 26 septembre 2005.
8. Par courrier du 27 avril 2006, l'assurée a signalé à l'OCAI, à sa demande, qu'elle avait d'abord consulté, à partir d'octobre 2005, le Dr P_____, psychiatre, le traitement ayant ensuite été poursuivi auprès du Dr Q_____.
9. Le Dr Q_____, psychiatre traitant, a exposé dans un rapport du 8 juillet 2006, accompagné du questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques dûment complété, qu'il suivait l'assurée depuis le 28 avril 2006, le dernier examen ayant eu lieu le 3 juillet. Sa patiente souffrait d'un épisode dépressif moyen, en rémission partielle (F32.1) depuis l'été 2005, avec un score de dépression de Montgomery-Aasberg de 10 sur 60, et d'un trouble somatoforme, somatisations (F45.0), depuis 2003. Elle avait en effet développé une symptomatologie douloureuse de l'hémicorps droit qui avait été investiguée à plusieurs reprises sans que l'on ait pu mettre en évidence une étiologie somatique claire. L'état dépressif avait partiellement répondu au traitement antidépresseur de Deroxat 20mg/j instauré en septembre 2005, dont le dosage devait être augmenté à 30mg/j, puis à 40mg/j si nécessaire, voire modifié en faveur d'un autre médicament. Le syndrome somatoforme répondait mal aux traitements médicamenteux et à la psychothérapie. Il pouvait être en partie amélioré par une rémission complète de la dépression, dont le pronostic était relativement favorable bien que la présence de somatisations fût souvent à l'origine d'une résistance aux traitements. Pour les somatisations, le pronostic était plus incertain et nettement moins favorable que pour la dépression.

Selon le Dr Q_____, les somatisations entraînaient une incapacité de travail totale.

10. La Dresse R_____, généraliste traitante, a attesté le 6 septembre 2006 qu'elle suivait l'assurée depuis le 1^{er} septembre 2003, sa patiente souffrant de toute une série d'affections somatiques (cervicalgies post-traumatiques, méningiome opéré, réticulopénie, anémie, uricémie, cholestérolémie, myome utérin, kyste de l'ovaire droite, infections vaginales répétitives, syndrome du côlon irritable, état post-calcul rénal, rhumatisme musculaire cervical et lombaire, lombosciatique, torsion du bassin avec douleur à droite et hypercyphose thoracique haute) et psychiques (migraines chroniques, syndrome de fatigue chronique, syndrome douloureux chronique, séquelles postopératoires du méningiome cérébral, état dépressif réactionnel, dépression et anxiété décompensées par l'accident, persistance de malaises divers) et présentant une incapacité de travail entière dans toute activité depuis le 30 juillet 2005.
11. Dans un avis médical du 4 janvier 2007, le Dr S_____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a ordonné la mise en place d'un examen rhumatologique-psychiatrique afin d'évaluer les pathologies de l'assurée et leurs répercussions sur sa capacité de travail au sens de l'assurance-invalidité.
12. L'assurée a été examinée le 5 février 2007 par les Drs T_____, psychiatre, et U_____, rhumatologue et spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, tous deux médecins à la Clinique CORELA fonctionnant en tant que Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après : COMAI). Dans leur rapport d'expertise interdisciplinaire du 28 août 2007, ces deux médecins ont exposé que l'assurée se plaignait d'une poly-symptomatologie algique musculo-squelettique sous forme d'arthralgies ubiquitaires et de rachialgies cervico-dorso-lombaires, associée à des myalgies diffuses au niveau des membres supérieurs et des membres inférieurs. Des sensations de fourmillement dans les mains et les pieds, une grande fatigue, un sommeil de mauvaise qualité, des maux de tête et des vertiges, ainsi que des troubles digestifs et des palpitations avaient aussi été signalés. L'assurée présentait un bon état général, une certaine surcharge pondérale et un status ostéo-articulaire objectif, tant axial que périphérique, parfaitement dans les limites de la norme. Il en allait de même pour le status neurologique, aucun trouble n'étant observé. L'examen clinique relevait en revanche la présence de 5/5 signes de non-organicité selon WADDELL. Sur le plan radiologique, il n'était constaté que des légers troubles statiques, sans atteinte dégénérative associée. Sur le plan psychique, les facultés mnésiques étaient conservées tout comme les capacités de jugement ; un trouble de la personnalité devait être écarté de même qu'une psychose. L'humeur pouvait être altérée par les pics douloureux, mais la patiente restait souriante et gardait de nombreux intérêts. La symptomatologie dépressive observée en 2005 s'était clairement améliorée, grâce notamment au traitement antidépresseur et à la psychothérapie, interrompue en décembre 2006. La baisse de

l'humeur était réactionnelle aux douleurs mais ne relevait pas d'un trouble psychiatrique déterminé. En résumé, il convenait de poser les diagnostics de fibromyalgie depuis 2003 avec hémisyndrome algique droit subjectif sans substrat organique et de status post-extirpation d'un méningiome sans séquelle neurologique, ces affections n'étant pas invalidantes dans l'ancienne activité de la recourante de gérante-vendeuse dans un magasin, ni d'ailleurs dans aucune autre activité. Il était éventuellement possible de retenir une incapacité de travail de 50% pendant six mois en 2005, lorsque l'assurée souffrait d'un épisode dépressif moyen. Depuis lors, la capacité de travail était entière. Selon l'expertise psychiatrique annexée, l'assurée faisait le ménage et préparait les repas ; elle faisait les courses avec son mari et rencontrait plusieurs fois par semaine sa sœur qui vivait à Carouge, tout comme sa mère, et rendait deux à trois fois par an visite à sa sœur qui vivait en Autriche.

13. Dans un avis du 22 octobre 2007, le Dr S_____ a retenu que, au vu des conclusions de l'expertise du COMAI, la fibromyalgie dont était atteinte l'assurée n'était pas invalidante, aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychique ou physique n'étant observée. Partant, l'assurée présentait une capacité de travail entière aussi bien dans l'activité de gérante vendeuse exercée auparavant que dans toute autre activité professionnelle.
14. Le 23 octobre 2007, l'OCAI a notifié à l'assurée un projet de décision préconisant le rejet de la demande de prestations, vu l'absence d'une maladie invalidante.
15. Par courrier du 19 novembre 2007, l'assurée, représentée par Monsieur C_____ de la SAUVEGARDE POPULAIRE SUISSE, a présenté ses objections au projet de décision. Il n'était pas admissible de confirmer le diagnostic de fibromyalgie et de minimiser les conséquences invalidantes de cette maladie. De plus, l'expertise contenait des suppositions gratuites sur une prétendue amplification des plaintes. La fibromyalgie était une affection reconnue par l'OMS et n'était plus considérée comme un phénomène psychosomatique, comme l'attestait désormais la doctrine médicale. L'assurée avait aussi fait l'objet d'exams aux HUG sur le sommeil et sur la douleur, entièrement passés sous silence par l'expertise. L'assurée produisait un courrier du 27 septembre 2007 de la Dresse M_____, selon laquelle les douleurs diffuses attribuées à la fibromyalgie et la fatigue empêchaient l'assurée d'entreprendre une quelconque activité, accompagné d'un rapport du 27 février 2007 établi par le Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, attestant d'un syndrome douloureux chronique dans un contexte de baisse du seuil douloureux et d'état dépressif sous-jacent et d'un rapport du Centre de consultations du sommeil, du 29 septembre 2006, confirmant la présence d'une insomnie de maintien avec une fragmentation importante dans le cadre d'un syndrome de mouvements périodiques des membres pendant le sommeil, qui pouvait être généré par le traitement antidépresseur.

16. Par décision du 27 novembre 2007, l'OCAI a rejeté la demande de prestations, pour les mêmes motifs que ceux exposés dans le projet de décision, à savoir l'absence d'une quelconque atteinte à la santé invalidante. Il convenait en effet de suivre les conclusions de l'expertise du COMAI, les explications fournies par l'assurée dans ses observations, en particulier l'avis de la doctrine médicale sur la fibromyalgie et le rapport de la Dresse M_____, n'étant pas susceptibles de modifier la position de l'office.
17. Par pli daté du 9 janvier 2008, déposé au guichet le même jour, l'assurée a interjeté recours contre cette décision devant le Tribunal cantonal des assurances sociales. Elle relevait que son état de santé s'était dégradé au fil des mois, les divers examens complémentaires pratiqués, notamment aux HUG, ayant mis en évidence de sérieux troubles somatiques, compatibles avec un syndrome douloureux chronique du type fibromyalgique, entraînant de graves répercussions sur la vie quotidienne. L'avis défavorable psychiatrique exprimé par CORELA après une seule consultation contenait d'ailleurs des appréciations subjectives discutables dans l'annexe « expertise de psychiatrie ». Les experts passaient totalement sous silence les récentes découvertes médicales en matière de fibromyalgie. Depuis l'expertise, son état de santé s'était aggravé comme le démontrait l'avis de la Dresse M_____. La recourante demandait, préalablement, à être libérée des frais de justice, vu sa situation financière. Elle concluait sur le fond à l'annulation de la décision entreprise et à ce qu'une contre-expertise fut diligentée par un spécialiste de fibromyalgie médicalement reconnu.
18. Dans sa réponse du 6 février 2008, l'OCAI a exposé que la recourante ne remplissait pas les critères jurisprudentiels permettant d'admettre le caractère invalidant d'une fibromyalgie. L'expertise du COMAI, qui revêtait pleine valeur probante, ne mentionnait pas la présence d'une comorbidité psychiatrique. De plus, il apparaissait que la recourante ne subissait pas de perte d'intégration sociale, et on ne pouvait pas parler d'un état psychique cristallisé, ni d'échecs de traitements, les experts ayant relevé une amélioration de la symptomatologie dépressive, alors même que le dosage d'anti-dépresseurs était qualifié de « largement infra-thérapeutiques ». Dans ces conditions, le recours devait être rejeté et la décision querellée confirmée.
19. Par courrier du 15 février 2008, la recourante a fait savoir que les propos rapportés par l'OCAI dans la réponse du 6 février 2008 n'étaient pas corrects. En particulier, elle n'avait jamais déclaré aux experts qu'elle se rendait plusieurs fois par année en Autriche pour rendre visite à sa sœur. En réalité, au cours des douze dernières années, elle ne s'était rendue que deux fois chez cette sœur, et ce avant le développement de sa maladie. Quant à la soi-disant intégration sociale de l'assurée, il convenait de rappeler que les visites à sa mère, qui était gravement handicapée, n'avaient lieu qu'épisodiquement, lorsqu'elle se rendait chez un médecin proche, et

que s'agissant de la sœur qui vivait à Carouge, elle la recevait à son domicile, ce qui ne démontrait pas une activité sociale.

20. Une copie de cette correspondance a été communiquée à l'OCAI pour information le 19 février 2008. 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 (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 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. a) La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

b) En l'espèce, la décision litigieuse, du 27 novembre 2007, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), l'incapacité de travail à l'origine de la demande prestations ayant débuté, au plus tôt, en octobre 2004. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

3. a) Enfin, le 1^{er} 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 (RO 2006 2003). Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), les décisions des offices AI cantonaux pouvant faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision. Elles apportent également l'introduction de frais de justice lors de

recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA et art. 69 al. 1 bis LAI). Le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

b) En l'espèce, la décision litigieuse du 27 novembre 2007 a été notifiée sous pli simple au mandataire de la recourante qui l'a reçue, d'après l'inscription figurant sur la copie de la décision produite par la recourante dans la procédure de recours, le 3 décembre 2007. Partant, le recours, déposé au guichet du Tribunal de céans le 9 janvier 2008, a été interjeté dans le délai légal de trente jours, compte tenu de la suspension des délais du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA).

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. Le litige porte sur la question de savoir si les atteintes à la santé dont souffre la recourante sont invalidantes et susceptibles d'ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

5. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V consid. 4 et les références).

c) 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332 ss.).

d) Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant

donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

6. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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 298 consid. 4c in fine).

b) Le Tribunal fédéral a posé certains principes en ce qui concerne la question de l'appréciation de la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie. Il a jugé que les diagnostics de fibromyalgie et de trouble somatoforme douloureux présentaient des points communs, en ce sens que leurs manifestations cliniques étaient pour l'essentiel similaires et qu'il n'existait pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées. Cela rendait la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable car l'on ne pouvait pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé. En particulier, un diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux ne renseignait pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution, ou sur le pronostic qu'on pouvait poser dans un cas concret. Le Tribunal fédéral a déduit de ces caractéristiques communes qu'en l'état actuel des connaissances, il se justifiait, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Dans les deux cas, il convient de poser la présomption que l'affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50).

c) Le Tribunal fédéral des assurances a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 354 s. et 131 V 50). Il est légitime d'admettre que ces circonstances sont également susceptibles de fonder exceptionnellement un pronostic défavorable dans les cas de fibromyalgie. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Un diagnostic de trouble dépressif 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; MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 81 note 135), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 805/04 du 20 avril 2006, c. 5.2.1 et les références). Quant aux autres critères consacrés par la jurisprudence (les affections corporelles chroniques et la durée du processus maladif, la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, l'état psychique cristallisé et l'échec de traitements), ils 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 (ATF non publié du 13 mars 2007, I 398/06, consid. 4.2).

d) Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé (ATF 132 V 65 consid. 4.3). Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants précités - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in : Praxis 94/2005, p. 2007 ss.). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3).

e) 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; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

7. En l'espèce, l'expertise interdisciplinaire du COMAI du 28 août 2007 relève que sur le plan somatique, la recourante présente un status ostéo-articulaire objectif, tant axial que périphérique, parfaitement dans les limites de la norme, le dossier radiologique n'objectivant que de légers troubles statiques, sans atteinte dégénérative associée. Le status neurologique ne révèle aucun déficit moteur ou sensitif, ni trouble de la coordination ou de l'équilibre. En revanche, l'examen clinique met en évidence la présence de 5/5 signes de non organicité de WADDELL et la palpation de tous les 18 *tigger points* est positive (18/18). La discordance entre les nombreuses plaintes exprimées par la recourante (douleurs multiples, sommeil de mauvaise qualité, fatigue permanente, etc.) et les constatations objectives ont conduit les experts du COMAI à retenir le diagnostic de fibromyalgie avec héli-syndrome algique droit subjectif sans substrat organique, les discrets troubles statiques aux niveaux dorsal et lombaire n'ayant pas de répercussion fonctionnelle clinique. La recourante présentait également un status post-extirpation d'un méningiome pariétal-sagittal gauche le 28 juillet 2005, sans séquelle neurologique.

A cet égard, il convient d'observer que les constatations du COMAI sont en substance corroborées par l'avis de la Dresse M_____, médecin traitant depuis le mois de juin 2005, qui observait dans son rapport du 29 novembre 2005 que la recourante souffrait principalement d'un syndrome douloureux chronique, et par celui de la Dresse N_____, rhumatologue traitant, qui faisait état en décembre 2005 de dorsalgies post-traumatiques apparues après la chute au travail au mois d'octobre 2004, sans aucune référence à des troubles objectifs organiques. Le psychiatre traitant a d'ailleurs affirmé à ce sujet que l'assurée « développe une symptomatologie douloureuse de l'hémicorps droit qui est investiguée par de multiples examens sans que l'on mette en évidence une étiologie somatique claire. » De même, selon le rapport du Centre multidisciplinaire d'étude et du traitement de la douleur des HUG, du 27 février 2007, l'assurée souffre d'un syndrome douloureux chronique, les douleurs diffuses ayant « motivé un large bilan somatique qui se révèle dans les normes ». Quant au sommeil de mauvaise qualité, il n'est pas invalidant et peut être amélioré par des mesures thérapeutiques. Dans ces conditions, la liste des diagnostics tant somatiques que psychiatriques posés par la Dresse R_____, médecin généraliste traitant, dans son rapport du 6 septembre 2006, ne permet pas d'infirmer l'avis concordant de l'ensemble des médecins consultés au sujet de l'absence de substrat organique aux plaintes de l'assurée, ce médecin n'ayant au demeurant pas étayé ses conclusions ni exposé les éventuelles répercussions de ces affections sur la capacité de travail de la recourante.

Par ailleurs, il apparaît des pièces au dossier que l'extirpation du méningiome pariétal-sagittal gauche en juillet 2005 n'a pas laissé de séquelles, la Dresse M_____ n'évoquant que des douleurs résiduelles en novembre 2005, soit quelques mois après l'opération. Quant au Dr O_____, neurochirurgien qui a pratiqué l'intervention, il n'a fait état d'aucune atteinte à la santé, notamment séquellaire, dans son rapport du mois d'avril 2006, et ce alors même qu'il a revu la patiente dans les mois qui ont suivi l'opération (cf. résumé de l'observation du 9 août 2005 et rapport de la Dresse N_____ du 15 décembre 2005).

Ainsi, il y a lieu de constater que le dossier médical ne renferme pas d'éléments objectivement vérifiables démontrant l'existence de troubles somatiques, en particulier rhumatologiques, susceptibles d'entraver la capacité de gain de la recourante.

8. Sur le plan psychiatrique, les médecins du COMAI ont exclu tout trouble psychique invalidant, dès lors que la symptomatologie dépressive observée en 2005 s'était clairement améliorée, grâce notamment au traitement antidépresseur. La baisse de l'humeur constatée lors de l'expertise était réactionnelle aux douleurs mais ne relevait pas d'un trouble psychiatrique déterminé.

En particulier, les experts du COMAI, à l'instar du psychiatre traitant, le Dr Q_____, n'ont pas constaté la présence d'un état dépressif préexistant à l'apparition de la symptomatologie douloureuse. Le Dr Q_____ a précisé, dans son rapport du 8 juillet 2006, que l'assurée souffrait d'un trouble somatoforme et de somatisations depuis 2003 et présentait un épisode dépressif moyen depuis l'été 2005, en rémission. Selon ce médecin, l'installation d'un état dépressif faisait suite au développement de la symptomatologie douloureuse et à la découverte du méningiome. En outre, l'assurée avait partiellement répondu au traitement prodigué, instauré en septembre 2005, dont le dosage pouvait être augmenté si nécessaire voire modifié en faveur d'un autre médicament.

Quant au rapport du Centre multidisciplinaire d'étude et du traitement de la douleur des HUG du 27 février 2007, il fait aussi état d'un état dépressif sus-jacent dans le contexte du syndrome douloureux chronique.

Ces éléments suffisent pour exclure la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique importante, tant sous l'angle de l'acuité que de la durée, au sens de la jurisprudence, ce d'autant plus que l'épisode dépressif, qui est apparu postérieurement à la symptomatologie douloureuse, apparaît comme étant une manifestation réactive de la fibromyalgie elle-même. Le diagnostic d'état anxio-dépressif sévère, posé le 27 septembre 2007 par la Dresse M_____, ne saurait dès lors être retenu. La Dresse M_____ n'est en effet pas spécialiste en psychiatrie et le juge doit tenir compte du fait que 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 353 consid. 3b/cc et les références). De plus, ce diagnostic n'est pas étayé.

9. a) Dans ces conditions, vu l'absence de troubles rhumatologiques objectifs et d'une comorbidité psychiatrique importante, les experts n'ont pas outrepassé leur domaine de compétence en se déterminant sur la capacité de travail de la recourante à la lumière des critères posés par la jurisprudence en matière de fibromyalgie. En effet, dans les cas d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique objectivable, la mission d'expertise consiste surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée dispose des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission qui lui est confiée, l'expert faillirait à celle-ci s'il ne tenait pas compte des différents critères développés par la jurisprudence dans le cadre de son appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3 p. 70). Les reproches de la recourante au sujet de l'ignorance des experts sur l'état des connaissances médicales en matière de fibromyalgie ne sont ainsi pas fondés, dès lors que la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie se mesure à l'aune des critères posés par la jurisprudence et dûment analysés par les experts du COMAI. Le Tribunal de céans considère ainsi qu'il n'est pas nécessaire de mettre en place une nouvelle expertise.

b) Quant au reproche de subjectivité formulé par la recourante à l'égard du Dr T_____, le médecin du COMAI ayant diligencé le volet psychiatrique de l'expertise, il convient de constater que l'anamnèse apparaît complète et les plaintes de la recourante ont aussi été rapportées. L'affirmation de l'expert que la recourante avait une mauvaise représentation de ses facultés et une tendance aux plaintes exagérée, ne saurait constituer un indice de partialité, dès lors que ce constat reposait sur le fait que les plaintes de la recourante au sujet de ses difficultés de concentration ne trouvaient pas de fondement dans l'examen neuro-cognitif, qui selon l'expert était dans les normes.

10. On ne voit pas non plus - d'un point de vue juridique - que la recourante réunit en sa personne plusieurs des autres critères (ou du moins pas dans une mesure suffisamment marquée) consacrés par la jurisprudence et qui fondent un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle.

a) Certes il y a lieu de tenir pour établie l'existence d'affections corporelles chroniques dès lors qu'à la date déterminante, l'assurée souffrait depuis plusieurs années d'une symptomatologie musculo-squelettique ubiquitaire, de sensations de fourmillements dans les mains ainsi que dans les pieds des deux côtés (rapport d'expertise interdisciplinaire du COMAI du 28 août 2007, p. 7), de grande fatigue, de maux de tête et de vertiges, etc. Cependant, cette symptomatologie ne l'empêche pas d'accomplir quasiment toutes les activités ménagères (ibid., p. 7), à l'exception du repassage ou de certaines courses. Elle sort avec son mari pour faire les courses

(annexe : expertise psychiatrique du COMAI du 28 août 2007, p. 3). Elle maintient une vie de famille intacte (elle vit avec son mari et rencontre plusieurs fois par semaine sa sœur et sa mère qui vivent à Carouge ; cf. annexe : expertise psychiatrique du 28 août 2007, p. 3) et elle a des amies qu'elle rencontre occasionnellement ou à qui elle téléphone (annexe : expertise psychiatrique du 28 août 2007, p. 3). L'assurée n'a donc pas épuisé toutes ses ressources adaptatives. En tout état de cause, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie fait défaut. Le fait que le propos de la recourante au sujet de ses visites régulières à sa sœur en Autriche n'aurait pas été correctement retranscrit par les médecins du COMAI, dès lors qu'elle n'avait en réalité plus rendu visite à sa sœur depuis sa maladie, ne change rien à cette appréciation.

b) On peut également douter que, chez la recourante, l'apparition du trouble somatoforme douloureux résulte d'une libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie). En effet, les experts n'ont fait mention d'aucune source de conflit intra-psychique ni situation conflictuelle externe. Il n'y a pas non plus lieu de conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique ou à l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art. En effet, la recourante a arrêté de consulter le Dr Q _____ en décembre 2006, alors même que ces rencontres lui procuraient de l'aide, et le traitement médicamenteux prescrit, qui a conduit à la rémission de la symptomatologie dépressive, pourrait être réajusté dans le sens d'une augmentation du dosage ou de l'adjonction d'un autre antidépresseur selon les experts du COMAI (annexe : expertise psychiatrique du 28 août 2007, p. 12).

c) Au vu de l'ensemble de ces éléments, et en dépit du caractère chronique et durable des douleurs de la recourante, on doit nier - d'un point de vue juridique - qu'une mise en valeur de sa capacité de travail, jugée complète au plan somatique, ne puisse plus raisonnablement être exigée d'elle ou qu'elle serait même insupportable pour la société. A cet égard, la reconnaissance d'une invalidité, dans une perspective thérapeutique psychosociale, échappe aux buts de la loi. Il convient donc d'admettre que la fibromyalgie dont souffre la recourante n'est pas invalidante et de retenir, à l'instar des experts du COMAI, que la capacité de travail demeure ainsi entière tant dans l'ancienne activité de gérante-vendeuse que dans toute autre activité.

d) Enfin, il n'y a pas non plus lieu de retenir une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis l'expertise du COMAI sur la base du rapport de la Dresse M _____ du 27 septembre 2007, qui fait état d'une incapacité de travail entière dans toute activité compte tenu des douleurs diffuses attribuées à la fibromyalgie et de la fatigue invalidante. En effet, ce rapport, qui émane du médecin traitant, ne contient aucun nouveau diagnostic et ne renferme aucun élément objectif au sujet d'une péjoration des affections existantes ; le fait qu'il

retienne une incapacité de travail entière n'est pas non plus nouveau, ce médecin ayant déjà indiqué dans son premier rapport du 29 novembre 2005 que l'assurée présentait une incapacité de travail de 100% depuis le mois d'octobre 2004 (cf. page 1 du rapport médical).

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.
12. Le mari de la recourante étant invalide et au bénéfice de prestations complémentaires à sa rente (cf. ATAS/1445/2007 du 19 décembre 2007), le Tribunal de céans renonce à percevoir un émolument de justice.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument de justice.
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

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

La secrétaire-juriste :

Verena PEDRAZZINI
RIZZI

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