

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1309/2006

ATAS/59/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 24 janvier 2007

En la cause

Madame L_____, domiciliée GENEVE, représentée avec
élection de domicile par ASSUAS Association suisse des assurés

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Isabelle DUBOIS et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Madame L _____ (ci-après la recourante), née en 1951 et d'origine italienne, vit en Suisse depuis 1968. Elle a travaillé comme aide de laboratoire du mois de juillet 1990 au mois de février 2002. Dès cette date, elle n'a plus travaillé pour raison de santé.
2. Elle a déposé en date du 19 décembre 2002 une demande de prestation auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), visant à l'octroi d'une rente. Elle alléguait souffrir de douleurs musculaires diffuses, de douleurs aux pieds, aux épaules, et de fibromyalgie.
3. Dans leur rapport médical du 10 juin 2002, adressé au Dr E _____, spécialiste FMH endocrinologie et médecine interne, le Dr A _____, médecin spécialiste rhumatologie aux (ci-après "établissement hospitalier"), et la Dresse B _____, médecin interne aux "établissement hospitalier", ont posé comme diagnostic une fibromyalgie en exacerbation. Ils ont constaté que la recourante était connue depuis 2000 pour une fibromyalgie, et qu'elle présentait depuis début 2002 des douleurs des plantes des pieds, d'allure mécanique. Un bilan a été effectué et il a permis d'exclure "une éventuelle connectivite, une hépatite C, une polyneuropathie périphérique ou une carence vitaminique". La seule anomalie qui a été mise en évidence par l'électroneuromyographie était une absence des périodes de silence cutanée des muscles distaux des membres inférieurs, évocatrice d'une atteinte élective des petites fibres des membres inférieurs. Les neurologues ont suggéré de compléter le bilan par un dosage de la glycémie, un bilan hépatique, une électrophorèse des protéines, un dosage de la TSH, une recherche de la maladie de Lyme et de la syphilis. Le Dr A _____ et la Dresse B _____ ont prescrit à la recourante une paire de semelles amortissantes. Ils ont proposé l'introduction d'un anti-dépresseur tricyclique qui pourrait améliorer la qualité du sommeil et d'augmenter le seuil de la douleur, mais la recourante n'a pas accepté cette proposition.
4. Par courrier du 12 mars 2003, le Dr C _____, chef de clinique aux "établissement hospitalier", a communiqué à l'OCAI que la recourante avait été vue en Consilium par la consultation ambulatoire de rhumatologie les 30 avril et 27 mai 2002. Lors de celui-ci, il avait été posé comme diagnostic une fibromyalgie en exacerbation. Il a indiqué qu'il ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail actuelle de la recourante car il ne l'avait plus revue depuis lors.
5. Dans son rapport médical du 21 avril 2003, sur demande de l'OCAI, le Dr D _____, Médecine interne et Rhumatologie FMH, a posé comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail une fibromyalgie, existante depuis 2000. Il a indiqué que la capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales, que des mesures professionnelles étaient indiquées et qu'un examen

médical complémentaire était nécessaire. Il a rappelé qu'il n'a vu la patiente qu'à une seule reprise sur demande de son médecin traitant, le Dr E _____. Le jour de l'examen clinique, la patiente présentait un tableau de fibromyalgie et il a constaté que la situation semblait clairement péjorée par un déplacement de son activité professionnelle où la recourante estimait subir trop de stress. Dans l'annexe au rapport médical, il a signalé qu'il était difficile de se prononcer sur une seule consultation, notamment sur les questions concernant la répercussion de l'atteinte à la santé sur l'activité exercée, sur l'éventuelle diminution de rendement. Concernant la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent, il a considéré qu'elle pouvait être améliorée si on permettait à la patiente de travailler dans un environnement moins stressant. Selon ce médecin, la recourante pourrait exercer une autre activité. Vu le diagnostic de fibromyalgie, l'activité qui lui semblait envisageable était une activité légère sans port de charge lourde, pas plus de 5-10 kilos, permettant des changements fréquents de position. Une diminution du rendement serait possible d'environ 50%, selon l'anamnèse de la recourante. Il a également noté que la motivation pour la reprise du travail ou un reclassement professionnel était faible et que l'absentéisme prévisible dû à l'état de santé ou au traitement médical était important.

6. Dans son rapport médical du 14 novembre 2003, sur demande de l'OCAI, le Dr E _____ a posé comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail une fibromyalgie, un état dépressif et une fasciite plantaire bilatérale. L'incapacité de travail était de 100% dès le 21 février 2002, suite à un asthme chronique, des allergies diverses, une gastrite chronique et une mastodynie chroniques. L'état de santé de la recourante était stationnaire. Dans l'annexe de son rapport, il a indiqué que l'activité exercée jusqu'à présent n'était plus exigible, qu'il y avait une diminution de rendement de 100% dans sa profession de laborantine, qu'on ne pouvait pas améliorer sa capacité de travail au poste qu'elle a occupé. Dans le cas où une autre activité serait envisageable, le médecin a rappelé que la recourante était dépressive, qu'elle a été très peu scolarisée et qu'elle ne supportait pas de rester debout. Concernant les capacités professionnelles de la recourante, le médecin a relevé que la recourante pouvait être en position assise, mais pendant un maximum de deux heures par jour, qu'elle ne pouvait pas être en position debout, ni à genoux et ni accroupie, qu'elle ne pouvait pas alterner les positions, lever, porter ou déplacer des charges, se baisser, travailler en hauteur ou sur une échelle, et qu'elle ne pouvait pas effectuer des déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Concernant la motivation et l'absentéisme, il était du même avis que le Dr D _____.
7. Dans le rapport médical intermédiaire du 30 août 2004, sur demande de l'OCAI, le Dr E _____ a constaté que l'état de santé de la recourante s'était aggravé depuis le mois de juin 2004 et qu'il n'y avait pas de changements dans les diagnostics. Il a indiqué que la recourante n'arrivait plus à soulever ses jambes, qu'elle souffrait de

lombosciatalgies irradiant aux deux pieds, et qu'elle faisait des crises d'asthme. Il a conclu que le pronostic de reprise professionnelle de la recourante était sombre.

8. Dans le rapport médical intermédiaire du 30 août 2004, sur demande de l'OCAI, le Dr D_____ a considéré que l'état de santé de la recourante était stationnaire depuis décembre 2002, que concernant les diagnostics aucun changement n'était à signaler si ce n'est la suspicion d'un état dépressif déjà suspecté lors de la dernière consultation. Il a précisé que la recourante pouvait exercer un travail léger sans charge ou position statique prolongée. Sa capacité de travail serait de 100% sous réserve d'une co-morbidité psychiatrique.
9. Dans l'avis médical du 27 septembre 2004 du Service médical régional assurance-invalidité (ci-après SMR), le Dr F_____ a considéré qu'un examen au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après COMAI) de Genève était indiqué afin de pouvoir se prononcer sur la capacité de travail.
10. L'OCAI a mandaté le COMAI pour une expertise pluridisciplinaire. Celui-ci s'est basé sur le dossier médical complété par ses soins, ainsi que sur l'anamnèse, son examen clinique du 3 décembre 2004 et les examens spécialisés rhumatologique du 9 décembre 2004 et psychiatrique du 13 décembre 2004. Le rapport d'expertise a été établi par le Dr G_____, médecin-chef, et la Dresse H_____, spécialiste FMH Médecine interne. Ces deux experts ont procédé à une anamnèse familiale, personnelle, systémique, sociale et professionnelle, ainsi qu'à la description des plaintes de la recourante. La Dresse I_____, spécialiste FMH Rhumatologie a examiné la recourante le 9 décembre 2004 pour une évaluation rhumatologique. Elle a retenu le diagnostic d'une fibromyalgie. Sur le plan thérapeutique, elle a estimé que "l'introduction très progressive d'un antidépresseur tricyclique, dans le but d'élever le seuil de la douleur, pourrait à nouveau être tentée". De plus, le port d'une orthèse d'extension de la cheville, portée alternativement à gauche et à droite, ainsi que le port de semelles amortissantes ne lui paraissent "plus indispensable en l'absence de franc signe de fasciite plantaire". Sur le plan professionnel, elle a déclaré partager l'avis du Dr D_____ sur le fait que la capacité de travail de la recourante était entière dans une activité adaptée, c'est-à-dire permettant une position de travail variée, sans port répété de charges supérieures à cinq kilos. La Dresse J_____, spécialiste FMH Psychiatrie, a effectué une évaluation psychiatrique en date du 13 décembre 2004. Elle a procédé à un complément d'anamnèse psychiatrique. Elle a constaté que la recourante a depuis 1997 vécu une succession de situations stressantes de la vie et a présenté une souffrance psychique consécutive. L'expert a conclu que la pathologie psychiatrique limitait les capacités de travail à environ 50%, et que "vu la longue et défavorable évolution de l'épisode dépressif, et une concomitance avec quelques traits de trouble de la personnalité, un pronostic favorable à plus long terme reste réservé".

Les experts ont posé comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail un syndrome de fibromyalgie depuis 2000, une dysthymie et un asthme allergique, et comme diagnostics n'ayant aucune répercussion sur la capacité de travail, une gastrite chronique depuis 1968, une fasciite plantaire et des traits de la personnalité émotionnellement labile. Dans l'appréciation du cas, ils ont conclu que la recourante présentait un tableau de plaintes qui se fondait bien dans le diagnostic de syndrome de fibromyalgie et qui s'aggravait malgré un traitement bien conduit, que les douleurs des pieds n'avaient plus les caractéristiques d'une fasciite plantaire, mais étaient plutôt à considérer dans l'ensemble des douleurs liées à la fibromyalgie. Ils ont constaté que dès 2000, la recourante a développé un asthme en relation avec le travail qu'elle effectuait au contact avec des animaux de laboratoire. Cet asthme restait bien contrôlé par un traitement par aérosols, mais impliquait une éviction, respectivement un évitement, des allergènes. En 2002, un électroneuromyogramme anormal avait fait suspecter un début de polyneuropathie, mais, à l'examen neurologique, ils n'ont relevé qu'une discrète diminution de la pallesthésie, sans autre incidence clinique. En 2001-2002, à la suite du décès de sa mère, la recourante avait dû subir un épisode dépressif qui n'avait pas été traité, avec une chronicisation par la suite et le développement de la symptomatologie somatique. D'un point de vue somatique, ils ont partagé l'avis du rhumatologue, le Dr D_____, qui appréciait la capacité de travail comme entière dans une activité adaptée.

Concernant l'influence sur la capacité de travail, les experts ont constaté que la recourante possédait un système locomoteur intact, lui permettant d'effectuer un grand éventail d'activités. La limitation ne venait que du syndrome douloureux réduisant sa tolérance envers les efforts physiques répétitifs. Ils ont constaté que l'activité exercée jusqu'ici était encore exigible, huit heures par jour, mais qu'il y avait une diminution de rendement de 50%. Ce rendement était non seulement limité par la lenteur des déplacements, mais également par son état psychique de l'époque. Ils ont considéré sur la base de l'anamnèse psychiatrique qu'il y a eu une amélioration psychique au cours des derniers deux à trois ans et que la divergence de leur appréciation s'expliquait par ce fait. Selon ces experts, la recourante serait capable de s'adapter à son environnement professionnel. De plus, ils ont indiqué que des mesures de réadaptation professionnelle étaient à envisager uniquement lorsque l'état dépressif aura été soigné de manière adéquate et aura pu être amélioré. Il fallait tenir compte des limitations issues du syndrome douloureux (travail léger) et limitations dues à son asthme (pas d'allergènes). La capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent pouvait être améliorée, d'une part au niveau médical par un suivi psychiatrique, mais aussi en réduisant les charges physiques, en diminuant les déplacements, le port de charges, et la recourante devrait également avoir la possibilité de travailler en position assise. Ces mesures auraient comme influence sur la capacité de travail une amélioration du rendement. Par ailleurs, une autre activité pouvait être exigible une fois que la recourante aurait soigné et amélioré sa

dépression, telle qu'une activité légère, avec possibilité de s'asseoir ou se mettre debout au gré de la recourante, un port de charges de maximum cinq kilos et en évitant de courir et de monter ou descendre les escaliers et également en veillant à une éviction des allergènes. Cette activité adaptée pourrait être exercée à raison de huit heures par jour, mais qu'une fois sa dépression soignée. Le rendement était estimé à 80%, qui tenait compte de la lenteur des déplacements et des pauses nécessaires.

11. Dans le rapport d'examen SMR du 10 mai 2005, le Dr F _____ a posé comme diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail et n'étant pas du ressort de l'assurance-invalidité une fibromyalgie, une dysthymie, et de l'asthme allergique. Il a jugé que la capacité de travail de la recourante était de 100% dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée, qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle et aucune atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité. Il a rappelé que l'expert psychiatre n'a retenu qu'une dysthymie et des traits de la personnalité émotionnellement labile, et non une comorbidité psychiatrique. En se référant à la jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux, la recourante ne présentait, selon ce médecin, aucune invalidité au sens de l'assurance-invalidité. Par conséquent, il a conclu que la capacité de travail était entière dans toute activité évitant les allergènes respiratoires.
12. Par décision du 6 juillet 2005, l'OCAI a refusé à la recourante le droit à la rente. Il a conclu qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité et que sa capacité de travail était entière dans toute activité évitant les allergènes respiratoires.
13. Par courrier du 14 juillet 2005, la recourante a formé opposition contre la décision du 6 juillet 2005, au motif que son état de santé s'était considérablement dégradé. Elle a indiqué que depuis quelques mois elle devait avoir recours à un suivi psychiatrique. Elle a sollicité le droit à passer une nouvelle expertise afin de pouvoir relever les conséquences psychologiques de sa situation.
14. Dans son rapport non daté mais reçu le 4 octobre 2005 par l'OCAI, le Dr L _____, psychiatre, a posé comme diagnostic une dépression chronique, existante depuis 2002. Selon ce médecin, l'état de santé de la recourante était stationnaire. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, il a indiqué que l'incapacité de travail est due à une ou des affections physiques ou mentales uniquement, et que cette affection a entraîné une perte de la capacité de travail de 100%.
15. Ce rapport a été soumis sur demande de l'OCAI au SMR. Le Dr F _____ et la Dresse K _____ ont considéré, dans leur avis médical du 21 novembre 2005, que le rapport du Dr L _____, psychiatre traitant de l'assurée depuis le 1^{er} février 2005, faisait état des mêmes constatations que l'expert psychiatre du

COMAI. Le Dr L_____ a stipulé que l'état de santé de la recourante était stationnaire. Les médecins du SMR ont donc constaté que le diagnostic du Dr L_____ de "dépression chronique" et son estimation d'une incapacité de travail de 100% était donc "une appréciation différente d'une même situation clinique". Selon ces médecins du SMR, il n'y avait donc pas de "comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes" au sens de la jurisprudence. De plus, l'instruction médicale étant complète en l'absence de fait nouveau objectif médicalement, ils ont estimé que la demande d'une nouvelle expertise devait être rejetée.

16. Par décision du 6 mars 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition formée le 15 juillet 2005.
17. Par courrier du 6 avril 2006, la recourante a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après le Tribunal), concluant à dire et à constater qu'elle présentait une atteinte à sa santé qui lui donnait droit à une rente d'invalidité à 100%, et à condamner l'OCAI en tous les dépens. Elle a fait valoir que l'instruction menée par l'OCAI, suite à son opposition de la décision du 6 juillet 2005, n'avait pas pris en compte l'intégralité des éléments pertinent. Il avait notamment fait abstraction lors de sa décision de l'avis médical du 30 août 2004 du Dr D_____, adressé au Dr E_____. Dans ce rapport, le médecin a posé comme diagnostics une fibromyalgie et une suspicion d'état dépressif. Par ailleurs, la recourante a appris en date du 6 janvier 2006, qu'elle souffrait d'un kyste mammaire.
18. Dans sa réponse du 23 mai 2006, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de sa décision. En effet, les arguments de la recourante ne lui ont pas permis de faire une appréciation différente du cas. Il a relevé que le rapport médical du 30 août 2004 du Dr D_____ n'avait pas été produit lors de la procédure d'instruction. Il a donc sollicité l'avis du SMR. Ce dernier a indiqué dans son rapport du 15 mai 2006 que "le document du 30.08.2004 du Dr D_____, rhumatologue, est concordant avec le rapport d'expertise COMAI, il est antérieur à l'expertise faite au COMAI, il ne comporte aucun élément de nature à modifier nos avis antérieurs".
19. Par écriture complémentaire du 14 septembre 2006, la recourante a produit deux comptes-rendus médicaux. Le premier est un compte-rendu opératoire du Dr M_____, spécialiste FMH Gynécologie & Obstétrique. L'intervention, qui consistait à une hystérectomie supra cervicale laparoscopique conservatrice des ovaires avec morcellement par culdotomie, a eu lieu le 6 août 2003 et s'est déroulée sans complication. Le deuxième rapport est une mammographie effectuée le 12 janvier 2006 par le Dr N_____, spécialiste FMH Radiologie et Médecine Nucléaire. Ce médecin a constaté que "à l'inspection et à la palpitation préalables, nous notons qu'il s'agit de seins volumineux et ptosés, symétriquement. La mammographie montre à nouveau la structure dysplastique qui a déjà été décrite

lors des précédents examens. Il s'agit d'une dyplasie micro et macro-nodulaire, sans signe suspect, contenant dans le sein gauche, une microcalcification solitaire adénosique bénigne et une autre dans le sein droit qui est nettement plus volumineuse, située dans la partie supéro-externe de ce sein, représentant une calcification dystrophique probablement dans un fibro-adénome. Elle existait déjà lors des précédents examens. L'involution graisseuse est peu importante. Les enveloppes mammaires sont intactes. L'échographie qui a suivi montre que la dysplasie en question est fibromicrokystique. Il n'y a pas de formation solide ou suspecte quelconque."

20. Dans sa réponse du 26 septembre 2006, l'intimé a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 6 mars 2006. Il a considéré que les informations complémentaires n'étaient pas susceptibles de modifier son appréciation de la capacité de travail de la recourante. En effet, la première pièce était un compte rendu opératoire d'une hystérectomie. Celle-ci s'était déroulée sans complication particulière. La deuxième pièce était le rapport médical relatif à la mammographie effectuée en date du 12 janvier 2006, qui mentionnait que la dysplasie micro et macro-nodulaire, dont souffrait la recourante et qui était sans signe suspect, existait déjà lors des précédents examens.
21. Le 29 septembre 2006, le Tribunal a communiqué cette écriture à la recourante et a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. 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 sur opposition du 6 mars 2006 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).
4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de 30 jours. La décision sur opposition du 6 mars 2006 ayant été notifié le 7 mars à la recourante (cf. art. 38 al. 1 LPGA), le délai court du 8 mars au 6 avril 2006. Le recours du 6 avril 2006 a, par conséquent, été formé en temps utile. Interjeté également dans la forme prévue par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.
5. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante présente une atteinte à la santé diminuant sa capacité de gain dans une mesure suffisante pour justifier l'octroi d'une rente.
6. 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. 7, 8 LPGA et 4 al. 1 LAI).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa teneur au 1^{er} janvier 2004), l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% 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.

En ce qui concerne le droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui

suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI; ATF 126 V 9 consid. 2b et les références).

7. 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).

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 légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. En outre, dans un arrêt récent du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) 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 50).

Au nombre des critères dégagés par jurisprudence permettant 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, au demeurant largement stabilisés, 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], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le TFA, 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 356 consid. 3.3.1 in fine et les références citées).

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. 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).

8. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), 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 (ATF 125 V 351 consid. 3).

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997 p. 318 consid. 3b). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Selon la jurisprudence, le fait que le médecin consulté, praticien indépendant, tel que l'expert du COMAI, soit lié à l'assureur par des relations de service ne constitue pas à lui seul un motif suffisant pour conclure à un manque d'objectivité ou d'impartialité de sa part. Il faut qu'il existe des circonstances particulières qui justifient objectivement la méfiance de l'assuré pour ce qui est de l'impartialité de l'appréciation. Le Tribunal fédéral des assurances a ainsi jugé que l'indépendance et l'impartialité des médecins du COMAI étaient garanties déjà avant l'entrée en vigueur de leur nouveau statut du 1^{er} juin 1994 (ATF 123 V 175 ; cf. également RAMA 1999 n° U 332 p. 193).

9. En l'espèce, se trouvent au dossier différents rapports de médecins spécialistes consultés et de médecins traitants ainsi qu'une expertise pluridisciplinaire du COMAI.

Les experts du COMAI posent comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail un syndrome de fibromyalgie, une dysthymie (F34.1) et un asthme allergique. Ils constatent chez la recourante un état dépressif moyen, voire léger, associé à une symptomatologie somatique importante. Ils signalent que cette dépression doit être soignée et améliorée, afin d'atteindre une capacité de travail de 100% dans son activité habituelle, en tant qu'aide de laboratoire, avec une perte de rendement de 50%, et de 100% dans une activité adaptée, avec un rendement de 80%.

Le Tribunal constate tout d'abord que le rapport d'expertise a pleine valeur probante selon les exigences jurisprudentielles. En effet, les plaintes de la recourante ont été prises en considération par les experts. Le rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. La description du contexte médical ainsi que l'appréciation globale du cas sont claires et détaillées. Cette expertise est donc complète, claire et bien motivée. Elle rejoint d'ailleurs l'appréciation du Dr D_____, rhumatologue, s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée.

En revanche, les rapports médicaux du Dr E_____ et celui du Dr L_____ devront être écartés, car ils n'apportent aucun élément permettant de remettre en cause l'expertise du COMAI, et ont en outre moindre valeur probante s'agissant d'avis de médecins traitants.

Dès lors, le Tribunal de céans s'appuiera sur l'expertise du COMAI pour apprécier l'état de santé de la recourante. Il convient tout d'abord de constater que tous les médecins sont d'avis que la recourante ne présente pas de substrat organique marqué à sa fibromyalgie. Concernant sa dépression, elle n'est suivie par un psychiatre que depuis le mois de février 2005, soit après l'expertise du COMAI. Depuis 2001 et jusqu'à cette date, son médecin généraliste lui prescrivait les médicaments adéquats.

Bien que l'expertise du COMAI ait pleine valeur probante, il convient de suivre la jurisprudence du TFA relative à l'examen du caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail de l'assuré souffrant d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une fibromyalgie, jurisprudence qui doit être considérée comme très restrictive. En effet, selon le TFA, même un trouble dépressif récurrent de degré moyen, ce qui est le cas en l'espèce, ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique, puisque les états dépressifs constituent des manifestations réactives d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux qui ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (cf. ATFA non publié du 2 mars 2005, I 690/04; ATFA non publié du 28 juin 2005, I 524/04 ; ATFA non publié du 13 juillet 2005, I 626/04 ; ATFA non publié du 16 août 2005, I 539/04 ; ATFA non publié du 19 août 2005, I 510/04 et I 523/04 ; ATFA non publié du 12 septembre 2005, I 497/04). En l'absence d'une comorbidité psychiatrique et des autres critères permettant de juger du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux, le TFA s'est régulièrement distancé des expertises médicales - ayant pleine valeur probante -, même si l'expert avait estimé que l'expertisé présentait une incapacité totale ou partielle de travail (cf. les arrêts cités ci-dessus).

En l'espèce, se pose dès lors et en l'absence de comorbidité psychiatrique la question de la présence éventuelle d'autres critères dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant de la fibromyalgie.

A l'examen de l'expertise du COMAI, on ne peut pas conclure à un échec de traitement ambulatoire car la recourante n'a pas suivi de traitement psychiatrique adéquat avant cette expertise. Elle ne subit pas de perte d'intégration sociale. En effet, elle téléphone souvent à ses amis, elle garde contact avec son ancienne responsable de laboratoire, elle voit régulièrement ses enfants, et se promène quotidiennement. Il n'y a pas d'affection corporelle chronique, mais les différentes douleurs ostéomusculaires peuvent être considérées comme un processus maladif s'étendant sur plusieurs années (depuis 1996). En outre, il n'y a pas lieu de conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé, à défaut d'un suivi psychiatrique adéquat que les experts ont préconisé pour traiter sa dépression, qui, selon eux, est susceptible d'amélioration.

Par conséquent, en dépit du caractère chronique des douleurs de la recourante, dont on ne saurait contester l'existence, l'on doit nier, d'un point de vue juridique, le caractère invalidant de sa fibromyalgie. Selon la jurisprudence, un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer un processus de travail est exigible de sa part et elle ne peut donc pas prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité.

10. Au vu de ce qui précède, il s'avère que les décisions du 6 juillet 2005 et du 6 mars 2006 sont fondées. Par conséquent, le recours doit être rejeté.

**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. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
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

Sylvie CHAMOUX

Juliana BALDE

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