

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1831/2007

ATAS/1204/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 31 octobre 2007

En la cause

Madame C _____, domiciliée, 1207 GENEVE

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Bertrand REICH, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Mme C _____, née le 1969, remariée depuis janvier 2005, mère de quatre enfants nés entre 1990 et 2003 issus de deux mariages précédents, a effectué sa scolarité obligatoire en France. Sans formation professionnelle, l'assurée a travaillé dans la restauration, en tant que caissière, puis de secrétaire associée dans l'entreprise de son ex-mari où elle s'occupait des téléphones, de la comptabilité ainsi que d'autres tâches administratives. Après la séparation d'avec son époux, elle s'est inscrite au chômage entre juillet 2001 et août 2002.
2. Le 12 mars 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après OCAI) en raison d'une fibromyalgie, visant à l'octroi d'une rente.
3. Dans un rapport adressé à l'OCAI, en date du 11 mai 2004, la Dresse A _____, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué depuis juillet 2002 un syndrome douloureux chronique (lombo-sciatalgie droite, douleurs articulaires diffuses), une fibromyalgie ainsi qu'un état anxio-dépressif entraînant des répercussions sur la capacité de travail. Les autres diagnostics, à savoir l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, l'obésité et la protéinurie sont sans influence sur la capacité de travail. Selon ce médecin, en tant que caissière vendeuse, l'incapacité de travail est de 100% dès le 2 septembre 2002 pour une durée indéterminée.
4. Dans un rapport médical intermédiaire daté du 1^{er} février 2005, la Dresse A _____ a indiqué que l'état de santé est stationnaire depuis l'été 2004, que l'assuré souffrait d'une épicondylite droite depuis octobre 2004 et que la capacité de travail en tant que caissière était de 0 %, mais que dans une activité adaptée telle que celle de téléphoniste l'assurée est apte à travailler à 50 %. Une reconversion professionnelle en qualité de téléphoniste peut être envisagée à 50 %.
5. L'OCAI a ordonné un examen pluridisciplinaire et a mandaté le COMAI de Nyon à cet effet. L'assurée a fait l'objet d'un examen rhumatologique par le Dr. B _____, spécialiste FMH en rhumatologie, et psychiatrique par le Dr..C _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans le rapport d'expertise du 10 février 2006, l'expert a constaté sur le plan somatique qu'il n'y avait pas d'amyotrophie, que le tonus musculaire était normal, de même que la force musculaire, marquée cependant par de nombreux lâchages antalgiques. Aucun trouble significatif n'a été relevé et la mobilité de toutes les articulations périphériques est conservée. Sur le plan psychiatrique, l'expert psychiatre a constaté que la thymie était fluctuante, qu'il n'y avait cependant pas de symptôme d'anxiété majeure, ni de symptômes neurovégétatifs. L'expert n'a pas mis en évidence d'élément du registre psychotique aigu, ni en faveur d'un trouble de la personnalité. En résumé, l'assurée présente une certaine labilité émotionnelle. Dans la discussion

du cas, les experts relèvent que le bilan effectué en milieu hospitalier en mai 2005 a permis de confirmer le diagnostic de fibromyalgie. Quant aux manifestations anxieuses et dysthymiques, elles ont été plus ou moins maîtrisées avec un anxiolytique et les crises ont perdu en fréquence et en intensité. Aujourd'hui, elles ne représentent plus une inquiétude majeure chez l'assurée qui se montre bien informée sur la problématique. Les difficultés émotionnelles ont été traitées par antidépresseur et sont à ce jour d'ordre dysthymique, très fortement en relation avec des événements et inquiétudes de sa vie. Sur le plan somatique, les points douloureux typiques d'une fibromyalgie ont été relevés; ces différentes affections somatiques nécessitent un suivi médical et un traitement régulier mais n'altèrent pas la capacité de travail de façon significative et durable. Sur le plan psychique, aucune problématique majeure n'est à retenir. L'essentiel des plaintes concerne le sommeil et le manque d'énergie et le diagnostic retenu est celui de dysthymie. Cette atteinte est au plus responsable d'une incapacité de travail de 20 % et un traitement médical a de fortes chances de réduire cette incapacité. Pour les experts, l'activité de secrétaire est possible à plein temps du point de vue somatique et à 80 % sur le plan psychique. Ils précisent encore que tant sur le plan somatique que psychique, il n'y a pas eu d'incapacité de travail durable. L'assurée est capable de s'adapter à son environnement professionnel.

6. Dans un rapport d'examen du 13 avril 2006, le SMR relève que selon l'expertise du COMAI, le seul diagnostic légèrement invalidant est celui de dysthymie. Quant à la fibromyalgie, le diagnostic est confirmé, mais elle n'est pas invalidante. Les experts retiennent une incapacité de travail de 20 % dans toute activité, de sorte qu'un reclassement n'est pas nécessaire.
7. Par décision du 25 avril 2006, l'OCAI a refusé l'octroi d'une rente, aux motifs que la fibromyalgie ne constitue par une affection invalidante au sens de l'assurance invalidité et qu'un degré d'invalidité de 20 % en raison de la dysthymie n'ouvre pas droit à une rente.
8. L'assurée a formé opposition en date du 11 mai 2006, faisant valoir que ses fortes douleurs l'empêchent de travailler et que la dysthymie est la conséquence de la fibromyalgie. Elle ne comprend pas que l'OCAI ne tienne pas compte de l'affection principale, la fibromyalgie, qui est très invalidante.
9. L'OCAI a demandé au Dr B_____ de procéder à un complément d'expertise psychiatrique qui a été réalisé en date du 20 janvier 2007. Après l'anamnèse familiale, personnelle et socio-professionnelle et affective, l'expert a recueilli les plaintes et les descriptions subjectives de l'assurée et lui a posé une série de questions quant à ses activités et au déroulement de ses journées. Sur le plan clinique, l'expert a relevé que ses impressions sont très proches de ce qu'il avait retenu lors de l'examen du mois de décembre 2005. L'assurée est affectée par les événements qu'elle évoque, à savoir sa situation, la lourdeur de ses tâches, mais pas

dans un registre dépressif majeur. Elle ne présente pas de trouble cognitif majeur, il existe une capacité de concentration, d'attention et elle mémorise correctement les éléments de sa vie. Elle paraît moins affectée que la première fois, moins proche des larmes, et plutôt dans un affect résigné lorsqu'elle évoque les points pénibles de sa situation. L'élément le plus dominant est celui d'une tension qui se manifeste sous forme de rigidité psycho-corporelle et de crispation. C'est ici que semble se situer l'interface entre les manifestations physiques et psychiques. L'expert n'a pas observé d'élément anxieux pendant l'entretien, ce qui n'exclut pas des manifestations anxieuses à l'extérieur, circonscrites, que l'assurée lui rapporte (ascenseurs et sous-sols). Il n'y a pas de symptôme de la lignée psychotique et la personnalité est compensée. En résumé, l'expert expose qu'il a vu lors de ce deuxième examen une femme qui est affligée par l'ampleur de ses tâches et de ses manifestations psychocorporelles, essentiellement dans un état de tension dont elle a peu conscience elle-même, mais sans symptôme psychopathologique majeur. L'expert a ainsi diagnostiqué une dysthymie classée sous chiffre F34.1 selon la CIM-10, et des phobies spécifiques (isolées) légères (F40.2 CIM-10). De ces deux diagnostics découle une légère atteinte sur le plan médical et assécurologique, à savoir une incapacité de travail d'environ 20 % et des limitations fonctionnelles (éviter d'un travail au sous-sol). L'expert a confirmé les conclusions de son expertise précédente, ajoutant que sur le plan psychique, l'assurée est capable de s'adapter à son environnement professionnel. Des mesures de reclassement ne sont pas envisageables. D'un point de vue psychiatrique, l'assurée peut faire toute les activités accessibles avec sa formation et son expérience.

10. Par décision du 13 avril 2007, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée, au motif que sa capacité de travail est de 80% dans un emploi tel qu'elle l'a exercé auparavant (employé de bureau, caissière, vendeuse).
11. Par acte du 8 mai 2007, l'assurée interjette recours. Elle expose qu'elle n'a plus aucune vitalité, qu'elle a mal tout le temps partout, qu'elle souffre de fortes migraines presque tous les jours ainsi que d'importantes douleurs diffuses. Elle soutient que puisque l'assurance invalidité admet le diagnostic de dysthymie, survenu suite à la fibromyalgie, elle a droit à une rente.
12. Dans sa réponse du 7 juin 2007, l'OCAI conclut au rejet du recours, se référant à l'expertise multidisciplinaire du COMAI du 19 janvier 2006 ainsi qu'à l'expertise psychiatrique complémentaire pratiquée le 20 janvier 2007 par le Dr B_____.
13. Cette écriture a été communiquée à la recourante en date du 11 juin 2007.
14. Sur quoi, 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'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 est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Ces principes commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision litigieuse 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 (voir ATF 130 V 445). Cela reste toutefois sans incidence sur le sort de cette procédure ; en effet, d'une part les normes de la LPGA sur l'invalidité (art. 8) et l'évaluation du taux de l'invalidité (art. 16) correspondent aux notions précédentes dans l'assurance-invalidité telles que développées jusque-là par la jurisprudence (ATF 130 V 343), d'autre part, in casu, le droit éventuel à une rente de l'assurance-invalidité ne prend pas naissance avant le 1^{er} janvier 2003, compte tenu de la période d'attente. On ajoutera que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur au 1er janvier 2004, sont applicables au présent litige au regard des critères rappelés ci-avant.

Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante présente une atteinte à la santé ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement une rente.
5. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès

qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels..

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 LPGA).

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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, 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, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale,

exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).

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 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus

défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

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).

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], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, 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; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

Enfin, 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 50).

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).

7. Pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

A cet égard, 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 par ailleurs 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).

8. En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante souffre d'une fibromyalgie. Le diagnostic retenu par les experts du COMAI confirme ainsi celui du médecin-traitant. En présence d'un tel diagnostic, c'est à juste titre que l'intimé a ordonné une expertise pluridisciplinaire.

Sur le plan rhumatologique, l'expert du COMAI n'a relevé aucun trouble significatif, le tonus musculaire étant normal et la mobilité des articulations périphériques conservée. Il a conclu que cette affection somatique n'altère pas la capacité de travail de la recourante de façon significative et durable, de sorte qu'elle présente une capacité de travail totale de ce point de vue. Enfin, sur le plan psychique, le Dr B_____ a retenu une dysthymie ainsi que des phobies spécifiques, légères et isolées; l'assurée doit éviter le travail en sous-sol. Dans le cadre de l'expertise complémentaire, l'expert psychiatre a confirmé son rapport précédent, en ce sens que l'incapacité de travail est de 20 % en moyenne, plus ou moins stable. Il a précisé toutefois que sur le plan psychique, l'assurée est capable de s'adapter à son environnement professionnel et qu'elle peut faire toutes les activités accessibles avec sa formation et son expérience.

Le Tribunal de céans constate que le rapport d'expertise du COMAI est fondé sur des examens cliniques complets, qu'il comporte une anamnèse détaillée et que les experts ont pris en compte les plaintes de l'assurée. Les points litigieux ont été discutés, plus particulièrement dans le complément d'expertise psychiatrique; il en résulte que la recourante dispose d'une capacité de travail totale du point de vue somatique et qu'elle ne présente pas de comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. S'agissant des autres critères découlant de la jurisprudence, si l'on peut admettre les affections corporelles chroniques, force est de constater que la recourante n'a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Au demeurant, aucun de ces critères ne revêt une acuité telle que l'on ne puisse plus exiger de la recourante qu'elle exerce une activité.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre que l'atteinte à la santé de la recourante n'entraîne pas d'incapacité de gain et de travail dans les activités qu'elle a accomplies jusqu'à ce jour.

Mal fondé, le recours doit être rejeté.

9. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours a été interjeté après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Par conséquent, un émolument, fixé en l'occurrence à 200 fr., est mis à la charge de la recourante qui succombe.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours est recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

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