REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2254/2006 **ATAS/61/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 24 janvier 2007

En la cause

Madame C_____, domiciliée , 1220 LES AVANCHETS, représentée par PATRONATO - INCA	recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

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

EN FAIT

1. Madame C_____, née le 1961, de nationalité italienne, divorcée, est au bénéfice d'un diplôme de secrétariat commercial. L'assurée a travaillé comme secrétaire auprès de divers employeurs, la dernière fois pour le compte de X_____ SA, à plein temps. Elle a été licenciée avec effet au 30 novembre 2002.

2. Le 15 novembre 2002, l'assurée a déposé une demande de rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI).

3. Dans un rapport à l'OCAI du 23 janvier 2003, le Dr A_____, médecin traitant, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et médecine du sport, indique que l'assurée est en traitement depuis 2001, qu'elle a subi une double intervention chirurgicale pour hernie discale et qu'elle présente des lombo-sciatalgies résiduelles. Une IRM pratiquée en septembre 2002 a révélé la présence d'une récidive d'hernie discale L4-L5 gauche. La patiente souffre de manière chronique d'un syndrome vertébral lombaire accompagné de sciatalgies gauches rendant toute reprise d'un activité professionnelle impossible pour l'instant. Une reprise chirurgicale était envisagée.

4. L'assurée a été en incapacité de travail totale du 30 octobre 2001 au 13 janvier 2002, à 50 % du 14 janvier 2002 au 20 janvier 2002, puis à nouveau à 100 % dès le 1er août 2002.

5. Le 17 août 2002, l'assurée a fait une chute à son domicile qui a entraîné une récidive de hernie discale L4-L5 avec probable composant foraminale partielle à gauche et pincement d'origine dégénérative des trous de conjugaison L4-L5 plus marqué à gauche.

6. Selon le compte rendu opératoire du Dr B_____ du 11 avril 2003, l'assurée a été opérée en mai 2001 d'une hernie discale L4-L5 gauche et en septembre 2001 d'une autre hernie discale en L5-S1. A chaque fois, les suites opératoires ont été très bonnes, mais suite à deux chutes, l'une en juillet 2002 et l'autre en août 2002, il y a eu récidive d'une hernie discale L4-L5 gauche qui a nécessité une nouvelle intervention le 9 avril 2003.

7. Le 7 mai 2003, le Dr B_____ a adressé un rapport au Dr A_____, relevant que la patiente va nettement mieux, la lomboscialtagie ayant complètement disparu. Elle se plaint de petites douleurs d'ordre musculaire avec un status neurologique quasi normal. La mobilité de la colonne lombaire est un peu enraidie, raison pour laquelle il a prescrit de la physiothérapie. Il a proposé à la patiente de reprendre une vie de plus en plus normale et de faire un peu de natation.

8. Le Dr A_____ a adressé un rapport à l'OCAI en date du 25 août 2003, dans lequel il relève une aggravation de l'état de santé de la patiente en raison d'une récidive de hernie discale opérée par le Dr B_____ en avril 2003. L'incapacité de travail dans l'activité de secrétaire est de 100 %, la patiente ne pouvait pas rester assise. L'assurée ne présente pas de trouble psychique autre qu'un éventuel état dépressif réactionnel.

9. Le Dr C_____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, a établi un rapport médical à l'attention de l'OCAI en date du 1er mars 2004. Il a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen et personnalité histrionique depuis mai 2002. Des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale influencent grandement l'affection actuelle, la patiente ne pense pas pouvoir être à nouveau capable de travailler, vu sa lourde pathologie ostéoarticulaire et ne peut envisager une quelconque réadaptation. Les troubles psychiques de l'assurée sont réactionnels à des événements de vie adverse, à savoir les problèmes physiques et un conflit familial. L'incapacité de travail est de 100 % depuis le mois d'août 2002.

10. Le 13 mars 2004, l'assurée a été opérée d'une appendicite aiguë à l'Hôpital de la Tour.

11. A la demande de l'OCAI, le Dr A_____ a indiqué dans un rapport complémentaire du 27 avril 2004, que du point de vue ostéo-articulaire les limitations fonctionnelles liées au syndrome vertébral itératif avec sciatalgies résiduelles gauches sont à prendre en compte et qu'il n'y avait aucune capacité de travail résiduelle dans l'activité d'employée d'assurance. Dans une activité adaptée pouvant s'exercer en positions debout-assise-marche alternées, la capacité de travail est de 3 à 4 heures par jour.

12. Interrogé par l'OCAI, le Dr D_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, indique dans son rapport du 8 août 2004 avoir examiné la patiente à trois reprises du 24 mai au 30 juin 2004. En raison de la symptomatologie qu'elle présente, la patiente ne peut garder la position assise ou debout plus de 2 heures, ne peut garder la même position du corps pendant longtemps, doit éviter la position à genoux, accroupie, l'inclinaison du buste et le port de charges. L'activité actuelle pouvait être exercée à temps partiel, avec des pauses, dont la durée devrait être fixée par une expertise. L'assurée pourrait exercer une activité légère permettant les changements de position fréquents, sans port de charges.

13. Dans un avis du 7 juillet 2004, le Dr. E_____, du SMR Léman, relève qu'au vu de la réponse du Dr A_____, il y a lieu d'admettre une exigibilité de 50 % dans une activité adaptée légère, épargnant le rachis, sans charges, permettant l'alternance des positions. L'ancienne activité apparaît adaptée.

14. L'OCAI a ordonné une expertise multidisciplinaire et a mandaté le Centre d'observation médicale de l'assurance invalidité de Genolier (ci-après COMAI) à cet effet.

15. Dans son rapport du 3 mai 2005, le COMAI indique que l'assurée a été examinée par les Dresses. F_____, rhumatologue FMH, et. G_____, psychiatre psychothérapeute FMH. A l'examen somatique, les médecins relèvent que la patiente est restée environ 20 minutes assise, puis elle a dû se lever en raison des douleurs. Elle est triste et pleure souvent pendant l'anamnèse. Elle présente d'importantes douleurs à la palpation et à la percussion des épineuses et de toute la région paralombaire des deux côtés qui est quasiment inexaminable avec contractures musculaires de tout le segment. Les points de fibromyalgie sont positifs. Les diagnostics retenus avec influence sur la capacité de travail sont les suivants : lombosciatalgies gauches résiduelles depuis avril 2004, status post cure hernie discale L4-L5 gauche en avril 2001 et novembre 2001, status post cure de récidive de hernie discale L4-L5 gauche, ablation fibrose et pose d'un spacer interépineux en avril 2004. Sur le plan psychiatrique, il est relevé que la patiente ne sourit pas, qu'elle a l'air triste. Il n'y a pas d'agitation ni de ralentissement psychomoteur. Elle ne présente pas de trouble de l'attention, de la concentration ou de l'orientation. Il y a une certaine rigidité psychique avec une impression de fragilité et de vulnérabilité, mais pas de psychose. Elle présente des traits de personnalité histrionique et phobiques, n'exprime aucune émotion. Elle semble très fixée sur ses problèmes de dos et être entrée dans un processus d'invalidation chronique, à l'image de plusieurs autres personnes de sa famille qui ont déjà obtenu des rentes d'invalides. Elle donne l'impression d'exagérer ses symptômes et ses plaintes. Le diagnostic posé est celui d'épisode dépressif léger. La capacité de travail est totale sur le plan psychique, la symptomatologie présentée et les troubles de la personnalité n'atteignant pas la valeur de maladie. Sur le plan physique, elle est limitée principalement dans le port de charges et dans les stations assise ou debout prolongées. La capacité de travail en tant que secrétaire est de 50 %, sans diminution de rendement, dans un poste adapté aux restrictions et avec possibilité de changer très souvent de positions. Le degré d'incapacité de travail s'est aggravé depuis la troisième intervention d'avril 2003. D'autres activités ne sont pas exigibles et des mesures de réadaptations professionnelles ne sont pas utiles, dès lors que l'assurée peut exercer son activité.

16. Le 10 août 2005, l'assurée a fait parvenir à l'OCAI un rapport du Dr - H_____, chirurgie de la main, relatif à l'intervention pratiquée le 16 juin 2005 pour un syndrome du tunnel carpien gauche.

17. Interrogé par l'OCAI, le Dr H_____ indique en date du 13 octobre 2005, que la date de l'apparition des symptômes à gauche et à droite est inconnue, qu'il a pratiqué l'intervention le 16 mai 2005. La capacité de travail dans l'activité de secrétaire, en ne tenant compte que des atteintes des membres supérieurs, est

difficile à estimer dans la globalité, mais les troubles des membres supérieurs actuels ne devraient pas constituer un handicap dans ce cadre d'activités.

18. Par décision du 21 décembre 2005, l'OCAI a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1er août 2003 au 30 septembre 2004, puis à une demi-rente d'invalidité dès le 1er octobre 2004. L'OCAI a retenu une incapacité de travail totale à compter du 17 août 2002 et de 50 % dès le mois de juillet 2004, soit trois mois après l'intervention d'avril 2004.

19. L'assurée a formé opposition le 19 janvier 2006, alléguant que son état de santé s'est aggravé et produit un certificat du Dr C_____. Elle joint également un certificat du Dr A_____ du 10 janvier 2006 certifiant que son état de santé s'est aggravé depuis septembre 2005. Le Service juridique PATRONATO INCA, mandaté par l'assurée, a complété le recours en date du 25 janvier 2006. L'assurée conteste pouvoir travailler comme secrétaire ou dans toute autre activité et conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

20. Par avis des 13 mars et 18 avril 2006, le SMR Suisse romande a conclu qu'il n'y avait aucun fait nouveau et que l'expertise du COMAI de février 2005 tient compte de l'aggravation de l'état de santé.

21. Par décision du 23 mai 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée. Se fondant sur l'expertise du COMAI, il considère qu'elle peut continuer d'exercer son activité professionnelle de secrétaire à mi-temps dès juillet 2004, soit trois mois après son opération d'avril 2004.

22. L'assurée, par l'intermédiaire de PATRONATO INCA, interjette recours le 21 juin 2006. Elle conteste que son état de santé se soit amélioré en été 2004, ainsi que le salaire de valide et le nombre d'années pris en compte pour le calcul de la rente d'invalidité. Elle conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

23. Dans sa réponse du 14 août 2006, l'OCAI conclut au rejet du recours, rappelant que l'état de santé de la recourante a été clairement expliqué et pris en compte par les experts du COMAI. S'agissant du calcul de la rente d'invalidité, la caisse de compensation FER-CIAM, compétente pour le versement de la rente, a tenu compte des périodes de cotisations et retenu un revenu annuel déterminant conformément aux dispositions légales.

24. L'assurée a été invitée à consulter le dossier et à déposer sa réplique d'ici au 18 septembre 2006.

25. Le 30 août 2006, la recourante a relevé que l'OCAI ne s'était pas prononcé au sujet du manque de prise en considération du rapport du Dr A_____, faisant état d'une aggravation de son état de santé, et a persisté dans ses conclusions.

26. Ces écritures ont été communiquées à l'OCAI le 4 septembre 2006. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er 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. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 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 loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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). 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

4. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

5. Selon l'art. 4 al 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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).

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. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus (art. 16 LPGA). Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b).

L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI, le 1er janvier 2004, a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la

comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

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

   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 du médecin traitant, il y a lieu de retenir, conformément à la jurisprudence du TFA, qu'il a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité 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. 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 (VSI 2001 p. 109 consid. 3b/bb). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67).

7. En l'espèce, la recourante conteste la diminution de la rente à une demi-rente dès le mois de juillet 2004, alléguant que son état de santé s'est aggravé et qu'il ne lui permet plus de travailler ni comme secrétaire, ni dans toute autre activité.

   Il résulte des rapports médicaux figurant au dossier que la recourante a été opérée pour une hernie discale à trois reprises, la dernière fois en avril 2003. Les suites opératoires ont été à chaque fois très bonnes et en mai 2003, le Dr B_____ a relevé que la patiente allait nettement mieux et que la lombosciatalgie avait complètement disparu. La recourante se plaignait toutefois de petites douleurs d'ordre musculaire, alors que le status neurologique était quasiment normal. Un traitement de physiothérapie a été prescrit par le Dr B_____, la mobilité de la colonne lombaire étant un peu enraidie. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail.

   Selon les Drs A_____ et D_____, rhumatologues, du point de vue ostéo-articulaires, la recourante présente des limitations fonctionnelles liées au syndrome vertébral et aux sciatalgies. Dans une activité adaptée permettant l'alternance des positions, la capacité de travail est de 3 à 4 heures par jour, l'activité actuelle n'étant pas adaptée (Dr A_____) ; pour le Dr D_____, l'activité actuelle pourrait être exercée à temps partiel, avec des pauses, et la recourante pourrait exercer une activité légère permettant les changements de position fréquents, sans port de charges.

Sur le plan psychiatrique, le Dr C_____ déclare que la patiente est en incapacité de travail à 100 % depuis le mois d'août 2002, en raison de troubles psychiques, à savoir un épisode dépressif moyen et une personnalité histrionique.

La recourante a fait l'objet d'une expertise multidisciplinaire par le COMAI. Du point de vue psychiatrique, aucune incapacité de travail n'est retenue, la symptomatologie présentée par la patiente, soit un épisode dépressif léger, n'atteignant pas la valeur de maladie. Sur le plan rhumatologique, les médecins ont retenu qu'elle présentait des limitations fonctionnelles principalement dans le port de charges et dans les stations assise ou debout prolongée. L'incapacité de travail s'est aggravée depuis la troisième intervention d'avril 2003 et elle est de 50 % dans l'activité de secrétaire, sans diminution de rendement, dans un poste adapté aux restrictions et permettant de changer fréquemment de positions. Le Tribunal de céans relève que l'expertise du COMAI remplit toutes les exigences de la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue. Ses conclusions, claires et bien motivées, rejoignent au demeurant celles du Dr D_____. Quant au Dr A_____, il y a lieu de constater que les limitations fonctionnelles sont les mêmes que celles relevées par ses confrères rhumatologues.

Quant à l'aggravation de l'état de santé invoqué par la recourante, force est de constater que les rapports médicaux produits ne contiennent rien de nouveau. En particulier, l'intervention du tunnel carpien gauche pratiquée par le Dr H_____ en mai 2005 n'engendre pas d'handicap dans l'activité de secrétaire. Quant aux rapports des Dr A_____, I_____ et C_____, ils ne contiennent aucun fait nouveau susceptible de remettre en cause les conclusions de l'expertise du COMAI, qui a tenu compte de l'aggravation de l'état de santé après la troisième intervention d'avril 2003.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que la recourante présente une capacité de travail de 50 % dans son activité de secrétaire, dès le mois de juillet 2004, de sorte que la rente entière doit être réduite à une demi-rente dès le 1er octobre 2004 (cf. art. 88a al. 1 RAI).

8. La recourante conteste encore le calcul de la rente. Sur ce point, il convient de se référer aux explications détaillées de l'intimée du 14 août 2006 quant à la durée de cotisations, la prise en compte des revenus et la détermination du revenu annuel moyen déterminant. Le Tribunal de céans constate que l'échelle de rente maximale 44 a été appliquée et que le calcul de la rente a été effectué selon les dispositions légales en vigueur.

9. Mal fondé, le recours doit être rejeté.

Aucun émolument ne sera perçu, le présent recours ayant été interjeté avant l'entrée en vigueur, le 1er août 2006, de l'art. 69 al. 1bis LAI (cf. chiffre II des dispositions transitoires de la modification du 16 décembre 2005).

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.

Le greffier — 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