RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2950/2005 **ATAS/1074/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 30 novembre 2006

En la cause

Madame C_____, domiciliée GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Karin BAERTSCHI	recourante

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Valérie MONTANI et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Madame C_____, née le 1958, de nationalité portugaise, a travaillé depuis 1995 comme employée dans une maison de retraite.

2. Du rapport d'hospitalisation de la "établissement hospitalier" dans laquelle l'assurée a séjourné du 19 avril 1999 au 11 mai 1999, il ressort que les diagnostics suivants ont été posés : fibromyalgie, troubles dépressifs récurrents, épisode léger et tabagisme chronique. En ce qui concerne la fibromyalgie, il a été indiqué que, sous traitement myorelaxant et anti-inflammatoire ainsi que grâce à des séances de physiothérapie, les douleurs étaient restées relativement compensées. Les médecins ont constaté une amélioration de la mobilité générale grâce à des séances de gymnastique quotidienne. Du point de vue de la thymie de la patiente, ils ont pu constater une amélioration subjective grâce à un soutien psychologique régulier de la part de l'équipe soignante ainsi que grâce à des séances spécialisées avec le psychologue qui ont permis à l'intéressée de mieux maîtriser et conscientiser ses angoisses.

3. Le 12 juillet 1999, l'assurée a déposé auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) une demande de prestations en invoquant une fibromyalgie apparue en 1996.

4. Dans un rapport daté du 15 mars 2000 et adressé à l'OCAI, le Dr. A_____, médecin généraliste, a posé les diagnostics suivants : fibromyalgie, état dépressif important et personnalité anxieuse. Il a précisé que la patiente présentait depuis de nombreuses années des douleurs du rachis en relation avec une fibromyalgie et que, depuis novembre 1998, s'y était ajouté un état dépressif important nécessitant la prise d'antidépresseurs et l'intervention d'un psychiatre. Il a estimé la capacité de travail de sa patiente à 0% à compter du 10 novembre 1998 et émis l'opinion qu'il lui était impossible de reprendre une activité professionnelle.

5. Le médecin traitant ayant indiqué par ailleurs que sa patiente était suivie par le CTB, l'OCAI a interrogé le département de psychiatrie de "établissement hospitalier" qui lui a répondu, par courrier du 25 janvier 2001, que l'assurée n'avait été vue au CTB que ponctuellement dans le courant du mois de juin 1999 et que depuis cette date, ils étaient sans nouvelles d'elle. A leur connaissance, elle était suivie par le Dr B_____.

6. Par courrier du 30 janvier 2001, le Dr B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, contacté à son tour par l'OCAI, a informé ce dernier qu'il n'avait vu l'intéressée que pour quelques séances et qu'il n'était pas en mesure de fournir les renseignements qui lui étaient demandés.

7. L'OCAI a dès lors demandé au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) de procéder à une expertise.

8. Les Drs. C_____, médecin-chef adjoint, et D_____, chef de clinique adjoint, ont rendu leur rapport en date du 3 octobre 2002. Pour ce faire, ils se sont basés sur le dossier de l'assurée, sur un examen - qui s'est déroulé du 10 juin au 1er juillet 2002 - et sur les conclusions du concilium de psychiatrie qui s'est tenu en date du 1er juillet 2002. Ils ont précisé que les conclusions du rapport avaient été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire en présence des Drs C_____ (interniste), S. D_____ (rhumatologue) et de Madame . E_____(psychologue).

   Les médecins ont rapporté que l'assurée se plaignait en premier lieu de rachialgies prédominant aux niveaux cervical et lombaire avec irradiation vers les épaules - surtout à gauche - et, de façon diffuse dans tout le membre inférieur gauche. Selon elle, ces douleurs sont permanentes, diurnes et nocturnes, fluctuantes dans leur intensité d'un jour à l'autre, évaluées lors de l'examen à 8/10 sur l'échelle visuelle analogique. Elles sont exacerbées lors de l'activité physique - en particulier lors des tâches ménagères (repassage, commissions) -, à la marche ou encore lorsque la patiente s'énerve ou est stressée. Elles se sont légèrement atténuées suite à la prise de médicaments antalgiques. La patiente a également signalé une sensation de diminution de force globale des membres inférieurs et supérieurs ainsi que de paresthésie des pieds remontant jusqu'à la racine des cuisses. Elle a aussi fait état d'épisodes de blocage dont la fréquence est difficile à préciser, de douleurs à l'épaule gauche survenant lors de certains mouvements - en particulier la rotation -, de gonalgies gauches exacerbées à la marche et de douleurs diffuses des deux mains sans réelle tuméfaction. Outre ces douleurs, l'assurée a mentionné une importante asthénie présente dès le réveil, une fatigabilité marquée, une nervosité interne, se manifestant par une sensation de vibration ou de tremblement au niveau des membres inférieurs et de la tête, des troubles du sommeil - attribués aux douleurs et à sa nervosité -, des troubles de la concentration avec oublis fréquents ainsi qu'une anhédonie. Elle s'est décrite comme particulièrement angoissée depuis deux semaines suite à l'annonce du décès du fils de l'une de ses amies. L'assurée s'est dit à peine capable de tenir son ménage mais a précisé que si son état de santé devait s'améliorer, elle souhaiterait reprendre une activité professionnelle.

   Les médecins ont indiqué que l'assurée était suivie par son médecin traitant, le Dr A_____, qu'elle voyait en moyenne une fois par mois, mais qu'elle n'était plus suivie par un psychiatre.

   Dix-huit points de fibromyalgie sur dix-huit se sont révélés positifs. Trois signes de non-organicité selon Waddell (sur cinq) ont été relevés.

Le rhumatologue a indiqué que l'assurée présentait des rachialgies chroniques, avec sciatalgies gauches, évoluant depuis une dizaine d'années, des douleurs chroniques de la ceinture scapulaire prédominant à gauche ainsi que des gonalgies et des douleurs des membres supérieurs. Il a qualifié l'examen clinique de "rassurant" dans la mesure où il ne montrait ni syndrome lombo-vertébral ou cervical, ni limitation des deux épaules, ni synovite. Il a toutefois relevé un léger trouble de la statique rachidienne avec une légère bascule du bassin vers la droite et des troubles diffus de la sensibilité du membre inférieur gauche ainsi que de multiples lâchages musculaires antalgiques tant aux membre supérieurs qu'aux membres inférieurs sans amyotrophie associée. Le bilan biologique a été jugé dans les limites de la norme, en particulier sans syndrome inflammatoire. Il en a été de même du bilan radiologique, excepté un discret trouble de la statique lombaire. Selon les médecins, cette symptomatologie douloureuse diffuse de l'appareil locomoteur, toutefois centrée sur le rachis, était compatible avec une fibromyalgie, quoique pas tout à fait typique car les douleurs prédominaient nettement au niveau de l'hémicorps gauche. De nombreux signes de non-organicité selon Waddell ont été relevés.

D'un point de vue rhumatologique pur et en tenant compte des répercussions fonctionnelles de la douleur, la capacité de travail a été évaluée à 70% dans une activité physiquement allégée évitant les positions statiques prolongées, le port de charges et les mouvements répétitifs des membres supérieurs.

De la consultation spécialisée de psychologie pratiquée par Madame M. F_____, il ressort que l'assurée s'est montrée collaborante, qu'elle était bien orientée et ne présentait ni troubles de la pensée ni troubles cognitifs notoires. Aucun ralentissement ou rétrécissement affectif n'a été décelé. Aucun symptôme franc de la lignée psychotique ni d'indice de simulation ou d'amplification de la symptomatologie douloureuse n'ont été relevés non plus. La psychologue s'est déclarée frappée, dans son contact avec la patiente, par un certain aspect "démuni" de la patiente, qui apparaissait "livrée à ses flux émotionnels sans la moindre possibilité de contrôle" et se plaignait d'une grande labilité émotionnelle avec revirements brutaux et avec des phases d'emportement.

Sur le plan psychiatrique, il a été indiqué que l'angoisse semblait être le symptôme majeur et qu'elle prenait tantôt la forme d'une tension intérieure avec énervement et éventuels éclats, tantôt celle d'attaques de panique. Il a été relevé que l'assurée avait présenté des épisodes dépressifs sévères avec tentative de suicide qui ont exigé une prise en charge hospitalière et ambulatoire soutenue, que ces épisodes semblaient avoir été la conséquence d'une réactivation excessive de l'angoisse traumatique (traumatismes liés à la violence du père et à un viol extra-familial), qu'ils avaient réagi au traitement mais qu'il subsistait néanmoins une vulnérabilité dépressive marquée.

Le tableau clinique était donc caractérisé par la conjonction d'un trouble anxieux de type paroxystique et d'un trouble dépressif récurrent. S'y ajoutaient les symptômes douloureux, dont la psychologue a émis l'avis qu'ils constituaient peut-être une part essentielle de la reviviscence traumatique et pourraient représenter la somatisation de la colère et de la rage que l'assurée a d'abord expérimentées passivement dans la maltraitance subie. Sur le plan professionnel, elle a fait remarquer que l'assurée, n'ayant travaillé que comme employée de ménage, avait de la peine à envisager des activités alternatives, que ses possibilités d'apprentissage étaient réduites en raison de sa formation minimale et de son trouble anxio-dépressif. Les diagnostics suivants ont été retenus : trouble panique (anxiété épisodique paroxystique), trouble dépressif récurrent (épisode moyen sans syndrome somatique) et douleurs chroniques irréductibles.

Globalement, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, les médecins du COMAI ont conclu à une capacité de travail de l'ordre de 40% dans une activité physique allégée évitant les positions statiques prolongées, le port de charges et les mouvements répétitifs des membres supérieurs. Comme facteurs de mauvais pronostic, ils ont retenu l'importance de la symptomatologie douloureuse, la chronicisation du trouble psychiatrique et la présence d'éléments non médicaux (à savoir la fixation de cette situation depuis plusieurs années déjà). Ils ont néanmoins estimé que l'assurée, bien que fragile, possédait certaines ressources personnelles permettant d'espérer une amélioration ultérieure.

Selon eux c'est à partir de 1996 que la capacité de travail a subi une réduction de 25% au moins, suite à l'aggravation de l'état dépressif et de la symptomatologie douloureuse. Cette capacité de travail a ensuite progressivement diminué jusqu'à un arrêt définitif le 10 novembre 1998. Depuis lors, malgré la cessation de l'activité professionnelle, les douleurs ont persisté ainsi que l'état dépressif, lequel s'est toutefois légèrement amélioré. Les médecins ont estimé que l'activité d'employée de maison dans une maison de retraite ne semblait plus guère envisageable en raison des contraintes physiques mais qu'une activité adaptée pourrait être retrouvée sans qu'il soit nécessaire d'envisager un réel reclassement dans une nouvelle profession. Une aide au placement leur a semblé être une mesure plus adéquate; ils ont souligné la nécessité d'un encadrement et d'un soutien au cours de la démarche.

9. Le Dr. G_____, du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a relevé, le 7 janvier 2003, qu'il y avait eu état dépressif marqué en 1998 justifiant l'arrêt de travail dès le 10 novembre 1998 et une prise en charge psychiatrique limitée dans le temps. Il a fait remarquer que, depuis le séjour à Montana, en avril-mai 1999, la thymie s'était améliorée. Il a estimé que l'état actuel de la patiente était certainement similaire, globalement, à celui qui existait déjà en 1999. Relevant que l'évaluation psychiatrique à laquelle s'était livrée le COMAI était le fait d'une psychologue et non d'un psychiatre, il s'est enquis auprès du COMAI de savoir si un examen psychiatrique en bonne et due forme avait été pratiqué. En l'absence de

réponse du COMAI, le Dr G_____ a préconisé la mise en place d'une expertise psychiatrique complémentaire.

10. Celle-ci a été confiée au Dr. H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport en date du 26 mars 2004, sur la base de deux examens de l'assurée, du dossier fourni par l'OCAI et de celui du département de psychiatrie de ("établissement hospitalier").

    Il en ressort que l'assurée fait remonter ses troubles à 1997-1998, qu'elle se plaignait, à l'époque de l'expertise, de douleurs diffuses, de nervosité, de préoccupations anxieuses concernant sa situation financière ou sa santé, de fatigue persistante, de lassitude morale et d'une difficulté à éprouver du plaisir.

    L'expert a relevé que, selon le dossier des "établissement hospitalier", à au moins deux reprises, l'assurée avait présenté un état dépressif caractérisé justifiant un traitement anti-dépresseur et le recours à un dispositif de soins institutionnels. Il en a tiré la conclusion que l'on pouvait retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent. A l'époque de l'expertise, l'assurée montrait une thymie légèrement dépressive correspondant à un épisode léger sans syndrome somatique. Les ruminations anxieuses et l'émotivité ont été mises sur le compte de l'état dépressif; l'expert a estimé qu'elles ne justifiaient pas le diagnostic de troubles anxieux spécifiques.

    Il a relevé que les plaintes principales concernaient les douleurs et jugé que le diagnostic de troubles psychogènes ne pouvait être posé. Sur le plan de la personnalité, il a estimé que l'expertisée présentait plusieurs éléments en faveur d'un trouble borderline : histoire de maltraitance (violences physiques et sexuelles) pendant l'enfance et l'adolescence, poursuite de la maltraitance à l'âge adulte (par son mari), épisodes dépressifs répétés à l'occasion de conflits, comportement parasuicidaire à deux reprises (abus de tranquillisants), probable dépendance affective, épisode psychotique à une occasion au moins. L'expert en a tiré la conclusion que l'on pouvait poser le diagnostic de personnalité émotionnellement labile, type borderline avec un bon degré de probabilité. Quant à la sévérité de ce trouble, il a indiqué qu'on pouvait la qualifier de moyenne dans la mesure où le trouble n'avait pas entraîné d'épisode psychiatrique sévère en permanence mais, à trois reprises, des interventions psychiatriques de type centre de jour, malgré le fait qu'une fois, un épisode avait pris un tour psychotique, ce qui signait une relative gravité du trouble.

    En définitive, le médecin a posé les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent épisode léger sans syndrome somatique apparu en 1991-1992 et troubles de la personnalité émotionnellement labile type borderline ayant débuté avec l'âge adulte au plus tard. Selon lui, l'assurée souffre d'une fragilité psychologique structurelle en grande partie liée aux carences affectives et aux violences qui ont

caractérisé son enfance et son adolescence. Cette fragilité se traduit en termes de psychopathologie par le diagnostic de trouble borderline, lequel est un puissant facteur de risque pour des décompensations anxio-dépressives répétées (et parfois des épisodes psychotiques brefs) en cas de stress dépassant les capacités adaptatives du sujet. Depuis 1999, il n'y a plus eu d'épisode aigu; l'expertisée n'est plus suivie que par son médecin de famille et ne reçoit plus qu'un appoint médicamenteux (traitement anti-dépresseur au long cours). Selon l'expert, il est très probable que cette relative stabilisation de l'état thymique soit en relation aussi bien avec l'amélioration de la relation conjugale qu'avec le retrait complet des stress professionnels consécutifs à l'arrêt de l'activité professionnelle prescrit par le médecin. Selon lui, la question qui se pose est de savoir si, dans la situation actuelle, un certain taux d'activité est exigible de l'expertisée et si oui, lequel. Un argument plaide selon lui pour l'exigibilité : le caractère léger des troubles actuels. En revanche, la présence d'une fragilité psychologique structurelle (trouble borderline), cumulée au fait que la relative stabilisation de l'humeur est, pour partie au moins, imputable à l'arrêt complet de toute activité, doit inciter à la prudence quant à la possibilité d'une éventuelle reprise d'activité. Dès lors, l'expert a conclu qu'un taux d'activité de 60% semblait un compromis raisonnable, tenant compte du handicap réel et du souci de ne pas provoquer une nouvelle rechute psychiatrique en exigeant trop de l'expertisée. Il a fait remarquer que ce taux était compatible avec l'appréciation des experts lausannois (40% susceptible d'amélioration) si l'on tenait compte de l'amélioration survenue entre-temps dans le climat conjugal et du fait que la dépression était désormais moins prononcée qu'au moment de l'expertise du COMAI.

S'agissant des limitations de l'assurée, l'expert a relevé que la dépression légère diminuait modérément l'énergie disponible et que, de ce fait, tout effort, qu'il soit physique ou mental, coûtait beaucoup plus au sujet, d'autant que la dépression était accompagnée de troubles de la motivation et de la concentration qui interféraient avec l'accomplissement des activités, quelles qu'elles soient. Il a ajouté que la fragilité structurelle de l'expertisée limitait ses capacités d'adaptation au stress inhérent à toute activité.

11. Sur la base de cette expertise, le Dr G_____ a conclu à une capacité de travail de 0% entre novembre 1998 et juin 2002, de 60% de juillet 2002 à janvier 2004, puis de 40% à partir de février 2004.

12. Par décision du 28 septembre 2004, l'OCAI, suivant l'avis du Dr G_____, a octroyé à l'assurée une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100% dès le 10 novembre 1999, une rente basée sur un degré d'invalidité de 40% dès le 1er octobre 2002 et une rente basée sur un degré d'invalidité de 60% dès le 1er février 2004.

13. Par courrier du 22 décembre 2004, l'assuré a formé opposition à cette décision. Elle a conclu à ce que la décision du 23 novembre 2004 soit annulée en tant qu'elle fixait sa rente à 60% dès le 1er octobre 2002 et à 40% dès le 1er février 2004, demandé qu'il soit statué à nouveau et qu'une rente entière lui soit octroyée au-delà du 30 septembre 2002. A l'appui de ses conclusions, elle a invoqué l'avis de son médecin traitant, le Dr A_____, et allégué par ailleurs qu'en l'absence de tout stage d'observation professionnelle qui permette concrètement d'évaluer son éventuelle capacité résiduelle de travail, toute appréciation y relative ne pouvait être que théorique et non fondée.

    Du bref rapport établi le 18 octobre 2004 par le Dr A_____ et produit par l'assurée à l'appui de son opposition, il ressort qu'elle souffre d'un syndrome douloureux somatoforme type fibromyalgie, d'état dépressif, de personnalité anxieuse et d'asthénie réactionnelle. Le médecin a émis l'opinion que la décision de l'AI de n'octroyer qu'une rente de 40% dès le 1er février 2004 sous-estimait les douleurs qui empêchent selon lui sa patiente de reprendre toute activité professionnelle.

14. Par décision sur opposition du 21 juin 2005, l'OCAI a confirmé sa décision du 23 novembre 2004. Il a estimé qu'en ce qui concernait les troubles psychiques affectant l'assurée, il y avait eu des améliorations notables susceptibles de modifier son droit à la rente dès le 1er octobre 2002, puis à compter du 1er février 2004.

15. Par courrier du 22 août 2005, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle conclut à ce que lui soit reconnu le droit à une rente entière d'invalidité dès le 10 novembre 1999 et sans réduction dans le temps. Elle allègue que les expertises du Dr H_____ et du SMR Léman n'ont pas pris en compte sa fibromyalgie, que cette dernière entraîne objectivement des limitations fonctionnelles et l'empêche, indépendamment de son trouble psychiatrique, de reprendre toute activité professionnelle.

16. Invité à se prononcer, l'intimé, dans sa réponse du 29 août 2005, a conclu au rejet du recours. Il a rappelé la jurisprudence applicable en matière de fibromyalgie et de troubles somatoformes douloureux et fait valoir qu'en l'espèce, il avait procédé à une application fort bienveillante de cette jurisprudence car il aurait pu s'interroger sur l'existence même d'une atteinte à la santé invalidante, vu l'absence de gravité des diagnostics retenus par l'expert psychiatre. N'ayant cependant pas envisagé de reformatio in pejus en procédure d'opposition, l'intimé a renoncé à s'en prévaloir à ce stade de la procédure.

17. Par courrier du 30 septembre 2005, l'assurée a produit un courrier émanant du Dr . I_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, lequel atteste du fait qu'elle est atteinte de fibromyalgie, ajoute qu'il ne peut contredire l'expertise du Dr H_____ mais qu'il peut affirmer que, du point de vue

rhumatologique, la capacité de travail, dans un travail adapté, sans port de charges, s'exerçant assis et permettant de changer de position est de 50%.

18. Dans sa duplique du 10 octobre 2005, l'OCAI a rappelé qu'il ne conteste nullement le diagnostic de fibromyalgie. Il a pour le surplus maintenu sa position.

19. Par courrier du 7 octobre 2005, l'assurée a produit un courrier du Dr. J_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, qui, après avoir pris connaissance de l'expertise réalisée par le COMAI a fait remarquer que cette dernière concluait à une capacité résiduelle de 40% (et donc à une invalidité de 60%) dans une activité adaptée, que l'adaptation de l'activité était motivée par la pathologie touchant l'appareil locomoteur et le rendement de 40% par les motifs d'ordre psychiatrique. Le médecin a ajouté que c'était exactement les conclusions auxquelles il serait arrivé après avoir revu cette patiente le 22 août 2005.

20. Par courrier du 20 décembre 2005, l'OCAI, après avoir pris connaissance de l'avis du Dr J_____, a rappelé que les experts du COMAI avaient exclu toute atteinte somatique susceptible de se répercuter sur la capacité de travail de l'assurée, que cette dernière était entravée uniquement pour des raisons psychiques et que c'était la raison pour laquelle il avait suivi exclusivement les conclusions du Dr H_____, spécialiste en psychiatrie. Il a estimé que les remarques du Dr J_____ - dont il a rappelé que les spécialités étaient la rhumatologie et la médecine interne - ne justifiaient pas que l'on s'écarte de l'appréciation du spécialiste qu'était le Dr H_____.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (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 3 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 de céans connaît en instance unique des contestations prévues par l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) 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.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er 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 22 décembre 2004 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, 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. Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

5. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité de la recourante pour la période postérieure au 30 septembre 2002.

6. a) Aux termes de l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également l'art. 8 LPGA). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

   b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), 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. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière 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.

7. a) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 125 V 417 s. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Aux termes de cette disposition (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

   b) En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 29 février 2004, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

   c) Il y a encore lieu de rappeler que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

8. a) En vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a).

   b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement

sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

d) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

e) Le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme

moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office AI (ATF 125 V 351; ATFA du 29 octobre 2003, I 321/03, consid. 3.1).

9. En l'espèce, la recourante reproche à l'intimée de n'avoir pas admis que sa fibromyalgie constituait une atteinte invalidante à elle seule.

10. C'est le lieu de rappeler que, dans un arrêt récent (ATFA non publié du 8 février 2006, I 336/04, prévu pour la publication dans le Recueil officiel), 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).

    Le TFA a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 354 et 131 V 50), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux l'ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une 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, de 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) (cf. ATFA précité I 336/04, consid. 4.2.1 et 4.2.2). Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

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 (ATFA précité I 336/04, consid. 4.3).

11. En l'occurrence, se trouvent au dossier une expertise du COMAI et une expertise du Dr H_____, psychiatre. S'y ajoutent divers rapports médicaux moins approfondis. A la question de savoir si ces expertises permettaient de renverser la présomption selon laquelle la fibromyalgie dont est atteinte l'assurée ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible, l'intimé a partiellement répondu par l'affirmative puisqu'il a reconnu à la fibromyalgie - pour la période litigieuse - un caractère partiellement invalidant. Il n'y a pas lieu de revenir sur ce point puisque l'intimé a expressément renoncé à une reformatio in pejus, bien qu'il ait fait remarquer que le caractère invalidant de la fibromyalgie de

l'assurée aurait pu être sujet à caution. Reste à vérifier si c'est à juste titre que l'intimé a retenu une capacité de travail de 40% dès juillet 2002 (entraînant la diminution de la rente entière à une demi-rente trois mois plus tard) puis de 60% dès février 2004.

Le Tribunal de céans est d'avis que, s'agissant d'une fibromyalgie, dont le TFA a rappelé qu'il fallait apprécier le caractère invalidant notamment par le biais d'une expertise psychiatrique, c'est à bon droit que l'intimé s'est essentiellement fondé sur le rapport du Dr H_____, seul spécialiste en la matière à s'être exprimé de manière approfondie en l'occurrence, pour évaluer le taux d'invalidité de la recourante. D'ailleurs, ainsi que le fait remarquer l'intimé, les experts du COMAI eux-mêmes ont en effet exclu toute atteinte somatique susceptible de se répercuter sur la capacité de travail de l'assurée. Il y a au surplus lieu de reconnaître une entière valeur probante au rapport du Dr H_____ dans la mesure où il respecte tous les réquisits de la jurisprudence. C'est le lieu de rappeler qu'en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. L'expertise du Dr H_____ ne contient pas de contradictions et l'avis peu motivé du Dr I_____ ne saurait suffire à jeter le discrédit sur ses conclusions. Il n'y a donc pas lieu de s'en écarter.

Il ressort du rapport du COMAI, établi en octobre 2003, que la capacité de travail de l'assurée était alors, depuis quelque temps, d'environ 40% et, du rapport du Dr H_____, établi en mars 2004, que son état s'est ensuite amélioré de sorte que cette capacité de travail atteignait, au moment de son expertise, un taux de 60%. Les taux d'invalidité retenus par l'intimé ne prêtent donc pas le flanc à la critique. On peut par ailleurs admettre que l'état constaté par les experts était stabilisé depuis quelque temps, si bien que les dates choisies par l'intimé pour procéder aux réductions de rentes successives peuvent être confirmées.

12. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est 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 par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La présidente
Janine BOFFI	Karine STECK

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