REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3379/2006 **ATAS/1158/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 24 octobre 2007

En la cause

Madame D_____, domiciliée , CAROUGE, représentée par Monsieur SPAGNOLO Filippo	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nathalie BLOCH et Dominique JECKELMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame D_____, née le 26 août 1967, d'origine portugaise, a effectué sa scolarité primaire dans son pays jusqu'à l'âge de treize ans. Elle aidera ses parents dans l'exploitation de leur commerce et du snack bar jusqu'à ses dix-huit ans. L'assurée est venue en Suisse en 1986 où elle a travaillé d'abord en qualité de dame de buffet, puis de serveuse-vendeuse à la cafétéria des (ci-après X_____). Depuis le 1er septembre 1998, elle a été engagée comme opératrice-ouvrière à l'usine de Y_____ SA.

2. En raison de différentes atteintes à la santé, notamment d'une fibromyalgie, l'intéressée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après OCAI) en date du 21 mai 2003.

3. Dans un rapport du 19 juin 2003, son médecin, le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué une fibromyalgie, un canal lombaire étroit, une protrusion discale L4-L5, une bursite sous-acromio-deltoïdienne gauche, ainsi qu'une neuropathie ulnaire du coude gauche, opérée. L'état de santé était décrit comme stationnaire. L'assurée a présenté diverses incapacités de travail oscillant entre 100% et 50% du 25 septembre 2001 au 6 janvier 2003, date à laquelle la capacité de travail est de 50%. Dans son rapport annexé concernant les capacités professionnelles, ce médecin a relevé que l'assurée pouvait garder la position assise, debout ou la même position durant quatre heures par jour. En revanche, elle devait éviter la position à genou, l'inclinaison du buste, la position accroupie, les parcours à pied au-delà de 2000 mètres, le port ou le déplacement de charges. De même, les mouvements des membres ou du dos répétitifs, un horaire de travail irrégulier, le travail en hauteur ainsi que les déplacements sur sols irréguliers ou en pente étaient déconseillés.

4. L'OCAI a ordonné une expertise pluridisciplinaire et a mandaté le Centre d'observation médical de l'assurance-invalidité (ci-après COMAI) à cet effet. L'assurée a été soumise à un examen rhumatologique pratiqué par la Dresse B. B_____ C_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et à un examen psychiatrique effectué par la Dresse. D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 10 décembre 2003, le COMAI a rappelé que l'assurée présente un problème rhumatologique mixte, à savoir une fibromyalgie, ainsi qu'une douleur opiniâtre de l'épaule gauche. Les médecins ont conclu qu'à l'heure actuelle, la seule pathologie pouvant occasionner une restriction de la capacité de travail était l'atteinte de l'épaule gauche. Toutefois, si ce type de pathologie était bien pris en charge, il se résolvait spontanément dans presque tous les cas. La fibromylagie, quant à elle, ne motivait pas d'incapacité de travail. Sur le plan psychiatrique, aucun diagnostic particulier n'a été mis en évidence, si ce n'est une personnalité névrotique d'allure histrionique. Le contexte psychosocial était

bon, le pronostic favorable. La capacité de travail a été fixée à 50% dans l'activité initiale d'opératrice en raison de la douleur au niveau de l'épaule gauche. Aucune limitation n'était relevée sur le plan psychique et mental. L'incapacité de travail date du 1er avril 2003, date à laquelle l'assurée a reçu un arrêt de travail à 100%, et elle a passé de 100% à 50% début octobre 2003. Des mesures de réadaptation professionnelles n'entraient pas en ligne de compte, car le travail d'opératrice apparaissait comme adapté, n'exigeant pas de port de charge lourde, ni de travail en long bras de levier au niveau des membres supérieurs. La capacité de travail pouvait être améliorée par un traitement médical spécialisé chez un rhumatologue concernant le problème de l'épaule gauche et une reprise de travail complète devait pouvoir être envisagée dans les trois à neuf mois.

5. Dans un rapport intermédiaire du 11 mai 2004, le Dr A_____ a mentionné que l'état de santé ne s'était pas modifié de façon notable et qu'une reprise de travail était envisageable dans un poste adapté à un taux de 50%, sans utilisation des membres supérieurs.

6. A la demande du Service médical régional AI SMR LEMAN, le COMAI a procédé à un complément d'expertise rhumatologique. Dans son rapport du 22 mars 2005, la Dresse B_____ C_____ a relevé que l'examen clinique du point de vue rhumatologique était rigoureusement normal, les mobilités articulaires à la fois périphériques et du rachis étaient harmonieuses et non limitées, symétriques. Il n'y avait pas d'amyotrophie. Le status neurologique des membres inférieurs et supérieurs était normal. La situation s'était objectivement améliorée par rapport à décembre 2003, malgré ce que l'assurée ressentait subjectivement. Il n'y avait pas d'incapacité de travail du point de vue rhumatologique chez l'assurée. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail retenus étaient les suivants: fibromyalgie, status après tendinite de l'épaule gauche en rémission depuis 2000, tendinite des muscles fessiers gauches depuis 2004. En conclusion, la capacité de travail était totale depuis août 2004 au moins, sans diminution de rendement.

7. Par décision du 19 décembre 2005, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif qu'elle ne présentait aucune atteinte rhumatologique ni psychiatrique justifiant une incapacité de travail.

8. Par courrier du 23 janvier 2006, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a formé opposition, faisant valoir que son état de santé ne lui avait jamais fait douter de la reconnaissance de son invalidité et que son médecin traitant lui a toujours confirmé que son incapacité de travail était clairement de nature à faire naître un droit à des prestations AI. Elle a également sollicité l'assistance juridique gratuite.

9. Le 30 mai 2006, l'OCAI a rejeté la demande d'assistance juridique. Le recours de l'assurée a été rejeté par le Tribunal cantonal des assurances sociales par arrêt du 19 septembre 2006, entré en force.

10. Le 29 juin 2006, l'assurée a complété son opposition du 23 janvier 2006. Elle a fait valoir en substance que sa fibromyalgie évoluait négativement et qu'il convenait de lui reconnaître une comorbidité psychiatrique, puisqu'elle prenait un médicament antidépresseur depuis des années. Elle présentait en outre d'autres affections aiguës aux épaules, aux coudes, aux poignets, aux hanches et au genou droit. En outre, elle rencontrait des difficultés dans l'éducation de ses enfants et le contexte psychosocial dans lequel elle vivait s'était détérioré. Elle relevait que le Dr E_____ avait mentionné la présence de seize à dix-huit points de fibromyalgie sur dix-huit, ce qui constituait une nette aggravation par rapport à l'expertise du COMAI qui relevait six points de fibromyalgie lors de sa première expertise et dix points lors du complément d'expertise de mars 2005.

11. Par décision du 19 juillet 2006, l'OCAI a partiellement admis l'opposition de l'assurée, en ce sens qu'une demi-rente lui a été reconnue pour la période du 1er avril au 31 août 2004. Pour le surplus, l'OCAI a confirmé sa décision, se référant à l'expertise du COMAI et à son complément.

12. L'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, interjette recours en date du 14 septembre 2006, se référant au contenu de son opposition du 23 janvier 2006, complétée le 29 juin 2006. Elle a joint en annexe à son recours copie d'un courrier du 25 juillet 2006 établi par le Dr E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, confirmant le diagnostic de fibromyalgie.

13. Dans sa réponse du 12 octobre 2006, l'OCAI conclut au rejet du recours, se référant aux pièces du dossier ainsi qu'aux motifs contenus dans sa décision sur opposition.

14. Cette écriture a été communiquée à la recourante en date du 20 octobre 2006 et le dossier mis à sa disposition pour consultation jusqu'au 13 novembre 2006.

15. Par courrier du 22 mars 2007, le greffe a informé la recourante que la cause était gardée à juger.

16. Le 29 mars 2007, la recourante a communiqué au Tribunal un rapport établi en date du 26 mars 2007 par le Dr A_____., aux termes duquel il conteste l'expertise effectuée par la Dresse B_____ C_____, s'insurgeant plus particulièrement contre les conclusions de l'expert selon lesquelles la prise en charge n'aurait pas été correcte. Il relève que sa patiente a suivi un traitement associant anti-inflammatoires, physiothérapie et infiltrations écho-guidées. Il indique par ailleurs que le contexte psychosocial n'est pas bon, que la patiente est séparée de son mari, que ses enfants sont suivis par des psychologues, l'aîné consommant de la drogue en douce et le fils cadet ne fréquentant plus l'école. Il considère que l'expertise de la Dresse B_____ C_____ est clairement inexacte et biaisée. Il demande que sa patiente puisse bénéficier d'une nouvelle expertise médicale et d'une nouvelle gestionnaire pour suivre son dossier.

17. Invité à se déterminer, l'OCAI, par courrier du 24 avril 2007, a maintenu ses conclusions.

18. Par courrier du 6 juin 2007, le Tribunal de céans a accordé un délai complémentaire à l'OCAI afin qu'il se détermine quant au rapport du Dr A_____ du 26 mars 2007.

19. Par courrier du 5 juillet 2007, l'OCAI a communiqué au Tribunal l'avis du SMR du 15 juin 2007, selon lequel les reproches du Dr A_____ à propos de l'expertise de la Dresse B_____ C_____ sont absolument infondés, dès lors que l'expert a tenu compte de l'ensemble des plaintes de l'assurée et du contenu du dossier médical. Selon le Dr F_____ du SMR, l'évolution naturelle de l'affection présentée par l'assurée est généralement favorable sous traitement approprié et les autres plaintes ressortent de la fibromyalgie, comme cela est démontré par l'expertise et confirmé par la suite par le Dr E_____. Pour le surplus, les éléments avancés par le Dr A_____ ne permettent pas d'admettre que la recourante présente une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie.

20. Cette écriture a été communiquée à la recourante en date du 9 juillet 2007.

21. 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'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. 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). 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. Le litige consiste à déterminer si la recourante présente une atteinte à la santé dans une mesure ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

6. 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 1er janvier 2004, de la 4ème 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 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).

7. 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 maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de 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).

8. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, 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).

9. La recourante soutient que sa fibromyalgie évolue négativement et qu'il convient de lui reconnaître une comorbidité psychiatrique, puisqu'elle prend un antidépresseur depuis des années. Elle fait valoir en outre qu'elle souffre d'autres atteintes à sa santé et se réfère à l'avis de son médecin traitant.

   Le Dr A_____ considère qu'en raison de ses atteintes à la santé, notamment de la fibromyalgie, la recourante présente une incapacité de travail de 50 % dans son activité habituelle depuis le 6 janvier 2003. Quant au Dr E_____, il a également retenu le diagnostic de fibromyalgie, mais ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail.

10. En présence du diagnostic de fibromyalgie, c'est à juste titre que l'intimé a ordonné une expertise pluridisciplinaire. Dans son rapport du 20 décembre 2003, le COMAI a indiqué qu'aucun diagnostic psychiatrique n'a été mis en évidence, mis à part une personnalité névrotique d'allure histrionique. La recourante ne présente pas de signe de la lignée dépressive ou anxieuse, ni de signe de psychose. En conséquence, le psychiatre n'a retenu aucune réduction de la capacité de travail du point de vue psychiatrique. Sur le plan rhumatologique, l'expert a expliqué que la patiente présente une fibromyalgie ainsi qu'une douleur opiniâtre de l'épaule gauche. La fibromyalgie s'est nettement améliorée depuis 2002 sous traitement antidépresseur à visée antalgique et ne motive pas d'incapacité de travail. La seule pathologie pouvant occasionner une restriction de la capacité de travail est l'atteinte de l'épaule gauche, ceci pour une durée limitée au temps durant lequel un traitement bien conduit doit être appliqué dans le temps. En raison de cette pathologie, la capacité de travail dans l'activité habituelle, qui était de 100 % depuis le 1er avril 2003, a

passé à 50 % début octobre 2003. Une reprise de travail à 100 % devrait être possible dans les trois à neuf mois, sans diminution de rendement, dans l'activité habituelle qui est adaptée selon les experts, car elle n'exige pas de port de charge lourde, ni de travail en long bras de levier au niveau des membres supérieurs.

La Dresse B_____-C_____ a effectué une expertise rhumatologique complémentaire de la recourante en date du 24 février 2005. A l'examen clinique, elle a constaté que les mobilités articulaires sont harmonieuses et non limitées, symétriques, sans amyotrophie. Le status neurologique des membres inférieurs et supérieurs est normal. L'expert a conclu que la situation s'est objectivement améliorée par rapport à décembre 2003, malgré ce que l'assurée ressent subjectivement, et que l'on se trouve devant un tableau de chronicisation de douleurs, avec processus d'invalidation progressive, sans substrat cliniquement objectivable. Elle a indiqué au surplus que l'activité d'ouvrière non spécialisée dans la haute horlogerie est adaptée, dès lors qu'il n'y a pas de charge lourde à porter, que la position assise est adéquate et que même la position haute des bras lors du travail à l'établi ne devrait plus poser de problème, puisqu'il n'y a plus de signe objectif de tendinite. La capacité de travail était de 50 % jusqu'en juin ou juillet 2004, date de l'infiltration de l'épaule, puis totale dès le mois d'août 2004 au moins.

Le Tribunal de céans constate que l'expertise du COMAI, de même que le complément d'expertise rhumatologique, remplissent tous les réquisits de la jurisprudence permettant de leur conférer pleine valeur probante. En effet, les experts, après une anamnèse détaillée, ont procédé à l'examen clinique de l'assurée. Ils ont pris en compte les plaintes de la recourante et ont apprécié le cas sur la base du dossier complet. Enfin, les conclusions du COMAI sont motivées et convaincantes. A cet égard, les critiques du médecin traitant ne sont pas de nature à remettre en cause la valeur probante de l'expertise. Quant au Dr E_____, force est de constater que le diagnostic de fibromyalgie est identique à celui retenu par le COMAI, Toutefois, en l'absence d'une comorbidité psychiatrique, elle ne peut être considérée comme invalidante au sens de la jurisprudence rappelée supra.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal n'a aucun motif de s'écarter des conclusions du COMAI.

11. Se fondant sur le rapport d'expertise du COMAI et son complément du 10 décembre 2005, l'intimé a alloué à la recourante une demi-rente d'invalidité pour la période du 1er avril 2004 au 31 août 2004.

Le Tribunal constate toutefois que la Dresse B_____-C_____, dans son rapport complémentaire du 22 mars 2005, a indiqué que la capacité de travail a évolué favorablement, en ce sens qu'elle était à nouveau entière dès le mois d'août 2004. Par conséquent, conformément à l'art. 88*a* al. 1 RAI, la demi-rente doit être supprimée à l'issue du délai de trois mois durant lequel l'amélioration constatée

n'a pas subi d'interruption notable, soit au 31 octobre 2004. Le recours sera en conséquence partiellement admis.

12. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte 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). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

    Au vu de l'issue du litige, un émolument réduit, fixé en l'occurrence à 200 fr., est mis à la charge d'intimé.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement dans le sens des considérants.

3. Condamne l'intimé à versé à la recourante la somme de 800 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.

4. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.

5. 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