RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/601/2006 **ATAS/645/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 11 juillet 2006

En la cause

Madame G_____comparant par Maître Catherine GAVIN en l'Etude de laquelle elle élit domicile.	recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, 1211 Genève 13	intimé

Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente

Mesdames Doris WANGELER et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Madame G_____, née le 20 octobre 1954 et mère d'un enfant né en 1979, est arrivée en Suisse en 1988. Elle a travaillé dès le 1er février 1995 en tant que concierge, avec un taux d'occupation à 75%.

2. Depuis 1996, sans cause apparente, des douleurs de type polyarticulaire diffuses sont apparues qui ont conduit l'assurée à un arrêt de travail à 100% dès le 26 octobre 1998. Elle a pu reprendre son activité à 50% du 8 mars au 5 avril 1999. Son employeur a mis fin au contrat de travail le 30 juin 1999. Elle a bénéficié des indemnités de chômage du 3 août 1999 jusqu'au 23 janvier 2000. A partir de cette date, elle a définitivement arrêté de travailler pour cause de maladie.

3. Selon un préavis médical du Docteur A_____, médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après: l'OCE), daté du 8 mai 2000, l'assurée présentait une incapacité totale et définitive dans n'importe quelle activité dès le 24 janvier 2000.

4. Le 31 mai 2000, elle a formé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'obtention d'une rente. Elle faisait valoir qu'elle souffrait de dépression nerveuse, de mal au dos et de douleurs diffuses.

5. Dans son rapport du 26 juillet 2000 à l'attention de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après : OCAI), le Docteur S. PAOUNOV, médecin-traitant de l'assurée, a confirmé cette incapacité de travail. Il a diagnostiqué une fibromyalgie, une dépression nerveuse et une gastrite à helicobactéries. Selon ce médecin, l'assurée souffrait de douleurs polyarticulaires diffuses dans les poignets, les mains, les épaules, la nuque, le dos dans son ensemble et surtout la région lombaire, les membres inférieurs, les hanches et les genoux. Il a qualifié sa dépression d'endogène, tout en précisant que la vie familiale de sa patiente semblait être harmonieuse. Elle présentait également des troubles du sommeil et parfois des céphalées.

6. Selon le rapport du 24 septembre 2001 du Docteur B_____, psychiatre de l'assurée qui la suivait une fois tous les 10 à 15 jours, celle-ci souffrait de troubles de l'adaptation avec humeur dépressive et anxieuse, de troubles dysthymiques et de somatisation (axe I), ainsi que d'un trouble mixte de la personnalité, dépendante et passive-agressive (axe II). Le Dr B_____ précisait que la psychothérapie et le traitement médicamenteux anti-dépresseur n'avait eu jusqu'alors aucun succès, dès lors que les plaintes subjectives, à savoir les douleurs musculaires, les céphalées et les troubles digestifs sont restés exactement les mêmes. Une légère amélioration avait toutefois pu être constatée sur le plan de l'humeur. La patiente était restée comme « enlisée » dans ses troubles somatiques et une dépression chronique d'intensité moyenne. Il était impossible de mobiliser des forces pour essayer de s'en sortir. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques,

joint au rapport médical, le Dr B_____ confirmait les diagnostics posés, en précisant que, selon la classification de la DSM III, on était en présence, depuis 1995, d'un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et anxieuse (309.28), d'un trouble dysthymique de façon chronique (300.40) et d'une somatisation (700.81). Le trouble mixte de la personnalité dépendante et passive-agressive correspondait au code 301.89 DSM III. Au premier plan étaient des douleurs généralisées avec blocage, humeur dépressive, perte des intérêts et des envies, une fatigue importante et une anxiété. Des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale influençaient grandement sa maladie. Les troubles psychiques étaient par ailleurs réactionnels à un travail de concierge pénible, harassant et accompagné de conflits avec les locataires, ainsi qu'à l'émigration non désirée et douloureuse, à l'éloignement de sa patrie et de ses parents. Toutefois, l'incapacité de travail n'apparaissait pas due à des raisons socio-économiques. Un travail de bureau léger constituait une activité adaptée, bien que cette solution ne paraissait pas réalisable au vu des compétences de l'assurée. Le Docteur B_____ faisait encore remarquer que « notre système AI ouvrant la perspective d'une rente jusqu'à 65 ans, il semblerait que cette opportunité soit rapidement investie comme « La Solution » dès qu'apparaissent certaines difficultés accompagnées d'une souffrance psychologique et/ou somatique ». Il concluait que sur le plan psychiatrique, les diagnostics impliquaient une incapacité de travail à 50%, qui tenait compte du contexte global.

7. Dans son avis du 24 octobre 2001, le Dr C_____, du service médical régional AI Léman (ci-après: SMR), a indiqué qu'il était nécessaire de solliciter l'avis du Dr D_____, rhumatologue, qui avait déjà examiné l'assurée. Il convenait aussi d'adresser des questions complémentaires au Dr B_____.

8. Par rapport daté du 16 novembre 2001, le Docteur D_____ a communiqué à l'OCAI que l'assurée, qu'il n'avait vue qu'une seule fois à son cabinet le 12 janvier 1998, souffrait d'une fibromyalgie et d'un état dépressif. Sa capacité de travail était de 0% en tant que concierge et de 50% dans son ménage. Même dans une activité adaptée, l'incapacité était totale, dès lors que l'assurée déclarait devoir se coucher une heure le matin et une à deux heures dans l'après-midi. Elle souffrait de douleurs absolument partout. Cependant, le status rhumatologique était normal, excepté les points douloureux. S'agissant des capacités fonctionnelles, le Dr D_____ précisait que l'assurée ne pouvait rester assise ou debout respectivement une heure par jour et ne pouvait garder la même position du corps pendant longtemps. Elle ne pouvait pas non plus rester à genoux ou accroupie ni incliner le buste. Son périmètre de marche était d'au maximum un kilomètre.

9. Par lettre du 1er mars 2002, le Docteur B_____ a répondu aux questions posées par le SMR. Selon ce médecin, sur un plan uniquement psychiatrique, les limitations fonctionnelles étaient très minimes. A la question de savoir si sa patiente présentait une maladie psychiatrique invalidante, il a répondu que les diagnostics

psychiatriques retenus n'impliquaient pas une invalidité à 100%. Quant au trouble de l'adaptation, il était difficile de savoir si la capacité de travail de l'assurée aurait été entière, si elle habitait toujours au Portugal. S'agissant de la capacité de travail sur un plan psychiatrique dans l'activité habituelle de concierge, cela dépendait du fait de savoir si la fibromyalgie était considérée comme une maladie psychiatrique. Il estimait la capacité de travail à 50% dans la profession de concierge, tout en n'excluant pas que la capacité de travail puisse être de 100% dans une activité adaptée, à savoir un travail léger, sans efforts physiques, sans stress et sans trop d'exigences de rentabilité. Enfin, il réservait son pronostic.

10. Le 14 juin 2002, le Docteur B_____ a répondu à d'autres questions complémentaires de l'OCAI. Les limitations fonctionnelles sur un plan psychiatrique étaient minimes et dues à un manque d'énergie et de motivation consécutive à la tonalité dépressive et à la passivité de l'intéressée. Elle ne souffrait par ailleurs pas d'une maladie psychiatrique invalidante. Sa capacité de travail était de 50% en tant que concierge, ainsi que de 100% dans son ménage. Quant à savoir si l'atteinte psychique diminuait la capacité de travail en tant que nettoyeuse, ce médecin a indiqué que la passivité, l'enlisement et le refuge dans les plaintes somatiques diminuaient probablement cette capacité.

11. A la demande de l'OCAI, l'assurée a été examinée par le Docteur E_____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne. Ce médecin a posé, dans son rapport d'expertise du 17 mars 2003, les diagnostics de trouble somatoforme douloureux sous la forme d'une fibromyalgie, d'obésité, d'hypertension artérielle et séquelles de la maladie de Scheuermann. L'expertisée souffrait de douleurs chroniques, fluctuantes et mal systématisées de sa musculature et de son squelette intéressant tant l'hémicorps supérieur qu'inférieur, droit et gauche, se situant principalement dans la nuque et la colonne lombaire inférieure. Les différentes mesures thérapeutiques n'avaient apporté aucune amélioration de ses symptômes, lesquels fluctuaient en fonction des efforts fournis durant la journée. L'examen rhumatologique n'a pas permis de mettre en évidence une atteinte ostéo-articulaire inflammatoire ou un trouble neurologique. La mobilité tant cervicale et lombaire était conservée. Il a par ailleurs constaté la présence de 14 sur 18 points douloureux caractéristiques à la pression des muscles et de leurs insertions, dans le contexte d'une fibromyalgie. L'assurée présentait un trouble dégénératif de la charnière lombo-sacrée sous la forme d'une diminution de l'espace inter-somatique L5-S1 et une spondylarthrose postérieure discrète à modérée. Ni le bilan radiologique, ni le status ne permettait d'expliquer l'intensité des symptômes et le retentissement qu'ils impliquaient au quotidien. Malgré la présence de 14 points douloureux caractéristiques de la fibromyalgie, l'expert a posé plutôt le diagnostic de troubles somatoformes persistants, en raison de la présence de traits dépressifs (asthénie, fatigue, troubles du sommeil) et au status de divers signes de non-organicité de la douleur selon WADDELL avec la présence de points de contrôles positifs. Du point de vue rhumatologique seul, la capacité de travail de l'expertisée dans son activité

professionnelle de concierge était de 75%; dans une activité légère, épargnant les travaux lourds, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux en position assise ou debout, elle était entière. Il n'existait aucun traitement susceptible de guérir une fibromyalgie ou un trouble somatoforme douloureux de manière durable. Une reconversion professionnelle semblait être vouée à l'échec, vu l'âge, les qualifications professionnelles et l'intensité de la symptomatologie douloureuse de l'assurée.

12. Dans son rapport du 15 avril 2003, le SMR a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail de 75% dans son activité habituelle de concierge et de 100% dans une activité adaptée. Le SMR a admis qu'elle devait éviter des mouvements répétitifs en porte-à-faux du rachis, les travaux lourds et le port de charges supérieures à 15 kg, ainsi qu'elle devait alterner les positions assise et debout. Ce faisant, il s'est fondé sur l'expertise médicale du Docteur E_____, ainsi que la déclaration du Docteur B_____, selon laquelle l'assurée ne souffrait pas d'une maladie psychiatrique invalidante et les limitations fonctionnelles, sur le plan psychiatrique, étaient minimes. Le SMR a en outre estimé que cette dernière n'était pas atteinte d'un trouble morbide de la personnalité ni perturbé dans son environnement psychosocial. L'incapacité de travail alléguée de l'assurée devait par conséquent être expliquée par des facteurs externes dont l'assurance-invalidité n'avait pas à répondre.

13. Par décision du 28 mai 2003, confirmée sur opposition en date du 4 septembre 2003, l'OCAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité. Il s'était fondé essentiellement sur l'avis du Docteur B_____, qui estimait que l'assuré ne souffrait pas d'une maladie psychiatrique invalidante, et sur l'expertise du Docteur E_____, qui retenait une capacité de travail de 75% dans l'activité habituelle de concierge et entière dans une activité adaptée, en tenant compte de limitations fonctionnelles.

14. Saisi d'un recours de l'assurée, le Tribunal de céans a jugé, par arrêt du 30 juin 2004, que l'affaire devait être renvoyée à l'OCAI pour qu'il complète l'instruction médicale du dossier, par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire destinée à établir si l'assurée souffrait d'un trouble somatoforme douloureux susceptible d'empêcher toute reprise de travail. Par ailleurs, compte tenu du statut mixte de l'assurée, il était aussi question d'examiner le degré d'empêchement éventuel dans l'activité ménagère.

15. Déférant à l'invitation du Tribunal de céans, l'OCAI a confié le mandat d'expertise au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après: COMAI) de Genève. L'assurée a d'abord fait l'objet d'un examen clinique le 14 décembre 2004. Elle a ensuite été examinée par la Doctoresse Gorica VELICKOVIC, spécialiste FMH en psychiatrie, et par le Dr Antonello I_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation en rhumatologie, en date

respectivement des 17 décembre 2004 et 18 janvier 2005. Le rapport de l'expertise interdisciplinaire, signé par les Drs F_____ et H_____ du COMAI, a été établi en date du 11 mars 2005.

S'agissant de l'évaluation rhumatologique par le Dr I_____, il est exposé dans le rapport que l'assurée se plaint de douleurs articulaires diffuses touchant les extrémités et l'ensemble du rachis et qu'elle présente une symptomatologie variée telle qu'un état de fatigue chronique, des troubles du sommeil avec réveils fréquents et non réparateurs, des palpitations et des oppressions thoraciques, des troubles digestifs, des céphalées de tension et des troubles de la concentration et de la mémoire. Sur le plan strictement somatique, le Dr I_____ relève des dorsalgies sur trouble statique modéré (cyphose dorsale) et dégénératif (spondylarthrose étagée discrète), mais surtout des lombalgies mécaniques et la présence d'une discopathie modérée à sévère L4-L5 et L5-S1, et des discopathies discrètes de L2-L3 et L3-L4. A l'examen clinique, le syndrome vertébral demeure modéré, avec absence de déficit radiculaire aux membres inférieurs. A cela s'ajoutent des signes de gonarthroses internes modérées, avec un syndrome rotulien. Compte tenu de l'ampleur des douleurs, l'expert confirme le diagnostic de fibromyalgie floride, qui avait déjà été retenu par le Dr J_____. Au vu de l'ensemble de ces constatations, la capacité de travail de l'assurée dans une activité lourde de concierge paraît fort limitée, principalement en relation avec la discopathie marquée L4-L5 et L5-S1, et les troubles statiques et dégénératifs diffus du reste du rachis, ainsi que les signes de gonarthroses internes modérées avec un syndrome rotulien. Dans une activité adaptée, sans port de charges lourdes, ni de position contraignante pour le dos, la capacité de travail peut être d'environ 70%.

Sur le plan psychiatrique, il ressort du rapport du COMAI que l'assurée avait commencé un suivi psychiatrique en 2001 auprès du Dr B_____, qui avait prescrit un traitement médicamenteux qui n'avait pas été satisfaisant. L'assurée avait ensuite changé de psychiatre et elle était suivie depuis juillet 2003 par la Doctoresse K_____. Elle bénéficiait d'un traitement d'antidépresseurs et d'un suivi psychothérapeutique, à raison de deux fois par mois, qui ne semblaient pas produire beaucoup d'effets. L'assurée était très angoissée et préoccupée pour l'avenir familial; son fils était toxicomane (substitué par de la Méthadone) et sans emploi, son mari était aussi sans emploi et était rentré au Portugal. Elle présentait une symptomatologie anxieuse et dépressive, associée à des symptômes douloureux importants, correspondant cliniquement à un épisode dépressif moyen avec des symptômes somatiques. Le diagnostic était de troubles de l'humeur persistant sans précision, codifié sous F 34.9 dans la CIM. Le traitement médicamenteux était clairement insuffisant sur le plan des antidépresseurs, des antidouleurs et des anxiolytiques, étant précisé que l'assurée craignait une dépendance à l'anti-dépresseur. Une augmentation de l'antidépresseur, associée à une anxiolyse et à un somnifère pouvait être une solution. Selon la Doctoresse K_____, l'assurée présentait une capacité de travail à 50% en raison des troubles anxieux et

dépressifs. Il était peu probable qu'elle puisse retrouver une capacité de travail entière, même si on pouvait espérer obtenir une amélioration clinique avec un réajustement médicamenteux.

S'agissant de l'appréciation globale du cas, les experts ont posé les diagnostics de trouble de l'humeur persistant sans précision (F 34.9), de fibromyalgie et de troubles dégénératifs de la colonne vertébrale, seuls les deux premiers ayant des répercussions sur la capacité de travail. Globalement, ils ont constaté qu'ils avaient peu d'éléments objectifs, hormis différents points douloureux et une anamnèse compatible avec une fibromyalgie. Un examen radiologique de novembre 2004, confirmait l'absence de substrat anatomique comme origine des douleurs. Du point de vue psychiatrique, il était possible de conclure à un état dépressif floride. Cela dit, les experts estimaient que l'activité de concierge exercée par l'assurée par le passé était trop lourde et mal tolérée vu la persistance de la symptomatologie douloureuse. Devant l'intégrité de l'appareil locomoteur et l'absence de toute lésion pathologique, l'assurée était apte à travailler dans une activité peu exigeante. Les experts du COMAI ont aussi estimé que les évaluations des Drs J_____ et B_____ au sujet de la capacité de travail de l'assurée n'étaient plus complètement d'actualité, vu le laps de temps écoulé. Par ailleurs, des facteurs non-médicaux (problématique de l'émigration, isolation, mésentente conjugale et toxicomanie du fils) compliquaient le tableau. Les médecins estimaient que l'assurée présentait une incapacité de travail totale dans l'activité de concierge. Dans une activité adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles, l'assurée pouvait travailler 4 heures par jour.

16. Après avoir pris connaissance de l'expertise, le Dr L_____ du SMR a relevé, dans son avis du 26 avril 2005, que toutes les ressources médicales n'avaient pas été épuisées, dès lors que l'assurée refusait de suivre une psychothérapie ; une amélioration du traitement était d'ailleurs préconisée par les experts. Le rapport était pour le surplus lacunaire, et il était donc nécessaire de poser des questions complémentaires aux experts.

17. Par courrier du 26 avril 2005, le Dr L_____ a écrit au Dr F_____ pour obtenir un complément d'informations, notamment s'agissant de la gravité du trouble de l'humeur persistant et de la capacité de travail de l'assurée dans l'activité de concierge et dans l'activité adaptée (exprimée en %).

18. Dans une note du Dr L_____ du 18 juillet 2005, il est consigné que le Dr F_____ a répondu, en date du 5 juillet 2005, que l'épisode dépressif actuel était considéré comme moyen et pouvait être amélioré par un traitement pharmacologique adéquat. Dans l'activité de concierge, le taux d'activité était de 4 heures par jour, soit environ de 50% ; ce taux était aussi exigible dans une autre activité, mais pouvait augmenter après le traitement de l'état dépresseur. Le port de

charges était limité à 10 kg. Quant à l'isolement de l'assurée, il devait être mis en relation avec le départ à l'étranger de son mari.

19. Sollicité à nouveau par l'OCAI au sujet du degré d'empêchement de l'assurée dans les travaux habituels, le Dr F_____ a indiqué, dans un courrier du 28 juillet 2005, que l'assurée possédait une capacité de travail entière dans son propre ménage, composé d'une seule personne. Des limitations existaient uniquement pour les travaux lourds, qui, compte tenu de leur caractère sporadique dans un ménage, ne constituaient pas un véritable empêchement.

20. Dans son avis médical du 19 septembre 2005, le Dr L_____ a considéré que même si les experts fixaient à 50% la capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans l'activité adaptée, il y avait lieu de constater l'absence d'atteinte somatique importante et de troubles psychiques invalidants ; le trouble somatoforme douloureux ou fibromyalgie, dont l'état dépressif était partie intégrante, n'avait pas valeur de maladie pour l'AI, dès lors que l'état dépressif n'était pas cristallisé, puisque susceptible d'être amélioré par des traitements, et que toutes les mesures n'étaient pas épuisées. Quant aux relations sociales, elles avaient diminué suite au départ du mari pour le Portugal, mais cela ne relevait pas de la maladie. Partant, il n'y avait pas d'atteinte à la santé invalidante.

21. Par décision du 22 septembre 2005, l'OCAI a refusé l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Les diagnostics posés par les experts du COMAI ayant des répercussions sur la capacité de travail, à savoir le trouble de l'humeur persistant et la fibromyalgie, ne remplissaient pas les critères jurisprudentiels pour pouvoir être considérés comme invalidants au sens de l'assurance-invalidité.

22. L'assurée a formé opposition contre cette décision en date du 24 octobre 2005. Le diagnostic de fibromyalgie, posé depuis 1998 par plusieurs spécialistes, avait été confirmé par le COMAI. L'état dépressif chronique permettait aussi d'établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une durée et d'une acuité suffisamment importante pour répondre aux exigences posées par la jurisprudence. Enfin, les autres affections dont elle souffrait étaient de nature à étayer le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux, et ce dans la mesure où elles étaient associées à une perte d'intégration sociale, à un état psychique cristallisé et à l'échec des traitements. Partant, c'était à tort que l'OCAI avait nié le caractère invalidant des troubles dont elle souffrait.

23. En date du 18 janvier 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée, au motif que les critères posés par la jurisprudence pour reconnaître le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux n'étaient en l'espèce pas réunis. En particulier, l'état dépressif moyen retenu par les experts n'était pas suffisamment important pour constituer une comorbidité psychiatrique. Quant aux autres facteurs, l'OCAI relevait que l'isolement de l'assurée était lié au départ du mari et à la problématique

de l'émigration et non pas à la maladie. Par ailleurs, il n'était pas possible de retenir un état psychique cristallisé, vu le refus de l'assurée de suivre une psychothérapie. Toutes les ressources médicales n'avaient pas été épuisées et le traitement médicamenteux pouvait être amélioré.

24. L'assurée a interjeté recours contre la décision sur opposition de l'OCAI, en date du 17 février 2006, en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité entière depuis le 31 mai 2000, avec suite de dépens. La fibromyalgie dont elle souffrait et qui avait été diagnostiquée par de nombreux médecins, dont ceux du COMAI, constituait une maladie invalidante au sens de la jurisprudence en matière d'assurance-invalidité. Par ailleurs, elle souffrait aussi de nombreuses autres atteintes à la santé chroniques et durables, notamment des dorsalgies, dont le cumul entraînait une diminution évidente de sa capacité de travail.

25. Invité à répondre, l'OCAI a présenté sa détermination en date du 16 mai 2006, accompagnée du dossier complet. Il conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Le trouble de l'humeur persistant sans précision et la fibromyalgie ne sauraient constituer des maladies invalidantes au sens de l'assurance-invalidité, vu notamment l'absence de substrat anatomique pouvant expliquer l'origine des douleurs. Par ailleurs, les médecins du COMAI reconnaissaient que la thérapie pouvait être améliorée, notamment sur le plan des antidépresseurs, des antidouleurs et des anxiolytiques.

26. Le Tribunal de céans a transmis la réponse de l'intimé à la recourante en date du 27 mars 2006, en l'invitant à présenter des remarques éventuelles avant le 13 avril 2006. La recourante n'ayant pas présenté d'écriture supplémentaire dans le délai imparti, 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. a) Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales du 6

octobre 2000 (LPGA), qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

b) La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

c) En l'espèce, la décision sur opposition litigieuse, du 16 janvier 2006, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 (la demande d'invalidité ayant été déposée le 31 mai 2000), et, après le 1er janvier 2003, respectivement le 1er janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Il convient d'ajouter que les définitions de l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain, d'invalidité et de la méthode de comparaison des revenus contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA et qu'il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu; de la sorte, la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publié I 179/05, du 1er décembre 2005, consid. 1.2; arrêt P. du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2; arrêt M. du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

d) En ce qui concerne en revanche 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). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

e) Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites par la loi, par devant le Tribunal compétent, le recours est recevable (art. 56, 59 et 60 LPGA).

3. Le litige porte sur la question de savoir si les atteintes à la santé dont souffre la recourante sont invalidantes et ouvrent, le cas échéant, droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

4. a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assurée sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesure de réadaptation exigible. 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).

   b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 aLAI, en vigueur jusqu'au 31 janvier 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 aLAI, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Depuis le 1er janvier 2004, il a droit à un quart de rente pour un taux d'invalidité de 40% au moins, à une demi-rente pour un taux de 50% au moins, à trois-quarts de rente pour un taux de 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

5. a) 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). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que

les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

b) 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).

6. Des rapports médicaux versés au dossier, il ressort que la recourante présente des douleurs articulaires diffuses touchant autant les extrémités que l'ensemble du rachis. Les investigations pratiquées n'ont pas permis de conférer un substrat organique à l'ensemble des symptômes algiques présentés par l'assurée. Les experts du COMAI ont certes fait état de troubles statiques et dégénératifs au niveau du rachis et des genoux, mais ils ont nié que ces affections fussent assez graves pour entraîner une diminution de la capacité de travail. Cela étant, il y a lieu de nier l'existence d'une affection physique de nature à influer sur la capacité de travail de la recourante. Les médecins consultés, y compris ceux du COMAI, ont en revanche retenu au titre de diagnostic principal, une fibromyalgie ou syndrome somatoforme douloureux (voir le rapport du Dr D_____ du 16 novembre 2001, expertise du Dr E_____ du 17 mars 2003, rapport du COMAI du 11 mars 2005), ainsi qu'un état dépressif.

7. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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.

8. a) Dans un arrêt récent, le Tribunal fédéral des assurances a jugé que la fibromyalgie et le trouble somatoforme douloureux présentaient des points communs, en ce que leurs manifestations cliniques étaient pour l'essentiel similaires et qu'il n'existait pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées. Cela rendait la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable car l'on ne pouvait pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé. En particulier, un diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux ne renseignait pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution, ou le pronostic qu'on pouvait poser dans un cas concret. La Cour de céans a déduit de ces caractéristiques communes qu'en l'état actuel des connaissances, il se justifiait, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATFA non publié du 8 février 2006, I 336/04, consid. 4.1).

   b) Aussi, convenait-il également en présence d'une fibromyalgie de poser la présomption que cette affection ou ses effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (cf. ATF 131 V 50). De même qu'en cas de troubles somatoformes douloureux, il y avait toutefois lieu de reconnaître l'existence de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Ces critères permettant de fonder exceptionnellement un pronostic défavorable dans les cas de fibromyalgie étaient les suivants : la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, 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 conformément 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 y avait également lieu de tenir 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, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il convenait de conclure 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 résultaient 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 demeuraient 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 laissaient insensible l'expert, ainsi que l'allégation

de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATFA non publié du 8 février 2006, I 336/04, consid. 4.2.1 et 4.2.2).

c) Par ailleurs, quand bien même le diagnostic de fibromyalgie était d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convenait aussi d'exiger, comme en cas de troubles somatoformes douloureux, le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, ce d'autant plus que les facteurs psychosomatiques avaient, selon l'opinion médicale dominante (ATFA non publié du 8 février 2006, I 336/04, consid. 3.3), 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 apparaissait donc en principe la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présentait un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants cités - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché de travail ne pouvait plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (ATFA non publié du 8 février 2006, I 336/04, consid. 4.3).

9. a) Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent certes une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en oeuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent (art. 40 PCF en liaison avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 en liaison avec 113 et 132 OJ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a), l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient toutefois ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socioculturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, énumérés ci-dessus (ATFA non publié du 30 juin 2004 en la cause I 531/03).

b) 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351).

c) L'élément déterminant pour la valeur probante d'un certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, 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.

10. a) En l'espèce, les experts du COMAI ont retenu, au terme de l'examen psychiatrique, que la recourante souffrait, en sus de la fibromyalgie, d'un trouble de l'humeur persistant sans précision (F 34.9), correspondant cliniquement à un épisode dépressif moyen avec des symptômes somatiques. Le diagnostic d'état dépressif moyen avait d'ailleurs été posé par le Dr M_____, psychiatre de la recourante, dans son certificat du 22 mars 2004.

b) Contrairement à l'avis de la recourante, au vu des diagnostics ayant ainsi valeur de maladie aux yeux des experts, il y a lieu de nier l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer un processus de travail, n'est pas exigible de la part de la recourante. Il convient en particulier 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 constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (ATFA non publié du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2). Tel n'est toutefois pas le cas en l'occurrence, les experts du COMAI ayant d'ailleurs précisé que la fibromyalgie constituait une expression somatique associée à une pathologique psychiatrique (dépression).

11. Se pose dès lors la question de la présence éventuelle d'autres critères, dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie.

a) Il est constant que la recourante souffre depuis plusieurs années de douleurs diffuses au niveau du rachis, ce qui a aussi été reconnu par les experts du COMAI.

L'on peut dès lors tenir l'existence d'affections corporelles chroniques comme étant établie en l'espèce. Ce nonobstant, la recourante est à même d'effectuer un certain nombre de tâches ménagères (en particulier la préparation des repas, les emplettes légères), de prendre soin de son chien, qu'elle promène brièvement deux fois par jour, et d'accueillir son fils qui lui rend visite une à deux fois par semaine. Ce faisant, elle n'a pas épuisé toutes ses ressources adaptatives. Certes, en dehors des contacts avec son fils et son mari, la recourante évite le contact avec le voisinage et les autres gens, mais l'absence d'intégration sociale s'explique notamment par la problématique de l'émigration (absence d'amis et de tissu social), par le départ du mari au Portugal et ses visites en Suisse espacées, et par les problèmes rencontrés par le fils de la recourante, sans travail et toxicomane. Il ne s'agit donc pas d'une perte d'intégration sociale consécutive à la maladie. Enfin et surtout, il n'est pas possible de conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique ou à l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art. En effet, les experts du COMAI considèrent que la médication est clairement insuffisante sur le plan des antidépresseurs, des antidouleurs et des anxiolytiques.

b) Sur le vu de ce qui précède, il apparaît que les troubles psychiques litigieux ne se manifestent pas avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, ils excluent toute mise en valeur de la capacité de travail de l'intimée. Au contraire, il y a lieu d'admettre le caractère exigible d'un effort de volonté de sa part en vue de surmonter la douleur et de se réinsérer dans un processus de travail. Il y a donc de lieu de ne pas En l'absence de comorbidité psychiatrique, l'incapacité de travail résultant de tels troubles s'évalue en effet à la lumière de critères jurisprudentiels et non en regard des seules conclusions médicales (le Dr F_____ du COMAI ayant retenu une incapacité de travail à 50% dans toute activité) dont il est dès lors possible de s'écarter. En outre, un traitement médical, permettant une amélioration de l'état de santé, est exigible également.

12. A défaut de restriction psychique et somatique de sa capacité de travail, l'assurée n'encourt donc pas de perte de gain susceptible d'ouvrir droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Le recours s'avère ainsi mal fondé et doit être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification 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).

Le greffier | La présidente

Pierre RIES | Isabelle DUBOIS

La secrétaire-juriste :

Verena PEDRAZZINI
RIZZI

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