REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/832/2007 **ATAS/922/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 29 août 2007

En la cause

Madame B_____, domiciliée , ONEX recourante

contre

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

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame B_____ (ci-après : l'assurée) née le 1949, est arrivée en Suisse en 1969. Elle a notamment exercé la profession d'ouvrière dans l'horlogerie jusqu'en 1995.

2. L'assurée a subi en 1992 une opération chirurgicale de la cataracte bilatérale.

3. Le 8 janvier 1997, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI).

4. Le Dr A_____, ophtalmologue, a mis en évidence, en date du 23 octobre 2000, une bonne acuité visuelle, tout en soulignant le fait que l'assurée pouvait être dérangée par son astigmatisme et par l'éblouissement dû à son travail minutieux, sans qu'il fût possible de mesurer cette gêne.

5. L'assurée a suivi un stage d'évaluation professionnelle au sein du Centre d'intégration professionnelle (ci-après : CIP) du 28 mai au 23 septembre 2001. Selon le rapport OSER du 18 octobre 2001, l'assurée conservait une capacité résiduelle de travail de 80% au minimum. Elle pouvait être théoriquement réadaptée dans le circuit professionnel normal comme ouvrière non spécialisée, employée au conditionnement ou employée de cafétéria, en évitant les travaux demandant trop de concentration visuelle et ceux exposés aux poussières. Elle était capable de travailler aussi bien debout qu'assise ou en déplacement. L'assurée n'entrait cependant pas dans une démarche de reclassement, vu un manque de collaboration.

6. Selon rapport du 26 septembre 2001, la Dresse B_____, rhumatologue suivant l'assurée, a diagnostiqué des cervico-lombalgies chroniques avec discrets troubles statiques et dégénératifs du rachis, ainsi qu'une fibromyalgie. Elle a relevé de nombreuses contractures musculaires cervico-dorsales prédominant à droite avec quelques dysfonctions vertébrales étagées, sans déficit neurologique, ni syndrome inflammatoire. Tous les points de fibromyalgie étaient douloureux à la pression. Elle évaluait la capacité de travail à 50% et préconisait un traitement par physiothérapie.

7. Par rapport du 1er octobre 2001, le Dr C_____, médecin-traitant généraliste, a confirmé ces diagnostics, présents selon lui depuis 2001 chez sa patiente, ainsi que son incapacité de travail de 50% dès le 1er octobre 2001. Il préconisait le maintien d'une activité professionnelle, sans port de charges lourdes et permettant des changements fréquents de position à 50%.

8. Par certificat du 11 octobre 2001, le Dr D_____, interniste et endocrinologue, a attesté de la pleine capacité de travail de l'assurée, à condition que celle-ci ne soit pas exposée à des poussières.

9. Dès le 24 septembre 2002, l'assurée a travaillé à 80% comme aide-chocolatière auprès de Y_____ SA pour un salaire mensuel brut de 3'070 fr.

10. Sur mandat de l'OCAI, le Dr E_____, rhumatologue, a procédé à une expertise sur l'assurée en date du 8 mai 2003. Il a constaté des douleurs chroniques touchant les quatre extrémités et le rachis, avec 14 sur 18 points d'insertionite, associées à une asthénie, des troubles du sommeil, des palpitations, des paresthésies des extrémités et des céphalées, évoquant en premier lieu une fibromyalgie, en raison du peu d'éléments pathologiques objectif, clinique ou radiologique. L'expert n'a pas relevé de limitation significative de la mobilité dorsale et lombaire et une limitation douloureuse modérée en rotation à gauche du rachis cervical, sans discopathie significative. Les radiographies ont montré une discrète uncarthrose C3-C4 et C4-C5, ainsi qu'une périarthrite d'épaule, avec un espace sous-acromial conservé, sans calcification et sans sclérose significative du trochiter. Il a estimé que le port de charges lourdes à modérées, la manipulation d'objets lourds et la position debout prolongée n'étaient pas possibles sans risque de lâchage et douleurs dans les talons, vu la présence notamment de la périarthrite. Il a évalué la capacité de travail de l'assurée à 70% dans son activité de chocolatière, en raison de cervicalgies sur trouble dégénératif modéré, d'une fibromyalgie modérée et de dorso-lombalgies sur troubles statiques modérés, et à 80% dans une activité adaptée ne comprenant pas de ports de charges lourdes ni de contraintes importantes au niveau du rachis.

11. Peu après cette expertise, l'assurée s'est trouvée en incapacité de travail en raison de ses douleurs. Dès le mois de mai 2003, elle a été mise au bénéfice d'indemnités journalières de la part de l'assureur perte de gain en cas de maladie de son employeur.

12. Par décision du 8 juillet 2003, l'OCAI a dénié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité, au motif que selon l'évaluation du CIP et l'expertise de mai 2003, elle était en mesure de reprendre l'exercice d'une activité adaptée à 80% comme ouvrière spécialisée, en évitant les travaux demandant trop de concentration visuelle et ceux exposés à la poussière. Le degré d'invalidité en résultant s'élevait ainsi à 35%, et était donc insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Cette décision a été confirmée en date du 8 septembre 2003, l'opposition de l'assurée du 5 août 2003 ayant été déclarée irrecevable.

13. Par certificat du 9 septembre 2003, le Dr B_____ a certifié que sa patiente souffrait d'affections rhumatologiques très handicapantes, mais qu'elle parvenait

encore, avec beaucoup de peine, à travailler. Elle avait décidé de poursuivre son travail et demandait une réévaluation de sa situation en 2004.

14. Le contrat de travail de l'assurée a pris fin au 31 mars 2004.

15. Le 25 mai 2004, l'assurée a déposé une nouvelle demande de rente d'invalidité auprès de l'OCAI en raison de douleurs cervicales, lombaires diffuses, existant depuis 2001 et aggravées en 2003.

16. A l'appui de la nouvelle demande de l'assurée, le Dr B_____ a attesté dans son certificat du 29 avril 2004 que sa patiente ne pouvait plus assumer son activité professionnelle depuis le 1er octobre 2003, en raison de douleurs rhumatologiques invalidantes. Son état s'était nettement aggravé depuis le 8 septembre 2003 date à laquelle son opposition à la première décision de refus de l'OCAI avait été déclarée irrecevable.

17. Par rapport intermédiaire du 18 juin 2004, le Dr C_____ a confirmé l'aggravation de l'état de santé de l'assurée en octobre 2003, en raison d'un état dépressif, stationnaire, entraînant une incapacité totale de travail. La diminution de rendement était complète. A son avis, l'assurée, souffrant de fibromyalgie, connaissait une incapacité psychologique à assumer un travail. Il proposait une psychothérapie. Il a indiqué qu'il n'avait pas revu sa patiente de 2002 au 15 juin 2004. Au nombre des limitations constatées, il relevait l'impossibilité pour l'assurée à tenir la position à genoux, accroupie, à incliner le buste, à tenir la même position, à lever des charges, à se baisser, à travailler en hauteur ou sur une échelle, à se déplacer sur un sol irrégulier. Selon lui, l'assurée conservait un périmètre de marche de 500 mètres et pouvait tenir la position assise quatre heures par jour et la position debout une heure par jour.

18. Le 22 juin 2004, le Dr B_____ a précisé son diagnostic en retenant des cervicolombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs du rachis, un trouble somatoforme douloureux chronique diffus, une PSM bilatérale récidivante, un état dépressif réactionnel et une coxarthrose gauche débutante, présents depuis 2001. La cataracte opérée en 1992 et l'obésité de l'assurée n'avaient pas de répercussion sur sa capacité de travail. La doctoresse relevait que sa patiente souffrait de douleurs diffuses aggravées lors de toute mobilisation, qu'elle se plaignait d'asthénie, de troubles du sommeil, de céphalées et de papitations. Les points de fibromyalgie étaient tous douloureux à la pression et à la palpation. La physiothérapie et les médicaments (antalgiques et antidépresseurs) apportaient peu d'amélioration. La doctoresse a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 1er octobre 2003 et a indiqué qu'il n'était probablement pas exigible de l'assurée qu'elle exerce son activité professionnelle antérieure. Une autre activité était envisageable pour sa patiente, à savoir un travail léger avec des possibilités de changer de position, mais dans une mesure qu'il fallait déterminer. Les limitations consistaient

en une alternance des positions toutes les demi-heures, l'impossibilité de tenir la position à genoux ou accroupie, de lever des charges de plus de 1 kg, de travailler selon des horaires irréguliers, de travailler en hauteur ou de se déplacer sur un sol irrégulier. La patiente devait également éviter un environnement froid, bruyant et poussiéreux.

19. L'OCAI a diligenté une expertise de type COMAI (Centre d'observation médical de l'assurance invalidité). L'assurée ne s'est présentée ni à l'expertise prévue le 10 mars 2005, ni à celle prévue le 26 mai 2005.

20. Son droit à l'indemnité journalière versée par l'assureur perte de gain maladie a été épuisé le 6 octobre 2005.

21. Par décision du 17 novembre 2005, l'Office cantonal de l'emploi a déclaré l'assurée inapte au placement dès le 1er octobre 2005.

22. L'expertise COMAI a finalement été menée au Centre d'expertise médical de Nyon en date du 22 septembre 2006 par les experts B1_____, psychiatre et psychothérapeute, et J_____, rhumatologue. Les experts ont constaté que les plaintes de la recourante correspondaient à l'anamnèse, à savoir une symptomatologie douloureuse axiale évoluant parallèlement à des douleurs périphériques impliquant les mains, les bras, les pieds, les chevilles, les genoux et les hanches. Leur intensité était supérieure à celles existant deux ans auparavant. Les douleurs étaient aggravées lors de la mobilisation. Des épisodes occasionnels de palpitations au niveau cardiovasculaire nécessitaient ponctuellement la prise de bêta bloquant. Le status neurologique indiquait que la force était conservée à tous les niveaux, les sensibilités respectées, les réflexes ostéo-tendineux présents et symétriques, sans augmentation de la zone réflexogène, sans clonus. L'examen rhumatologique se situait dans la norme pour une personne de l'âge de la recourante, en dehors de zones d'irritation C4-C6 droite, d'épiphysites épineuses de D3 à D5 et quelques points douloureux de l'ensemble pelvi-rachidien. Les radiographies prises le 27 juin 2002 et le 22 juin 2004 mettaient en évidence des modifications dégénératives encore dans la norme. Les « trigger points » de la fibromyalgie étaient présents au niveau dorsal mais non au niveau cervical et les coxo-fémorales, les genoux et les épaules, de même que les autres articulations périphériques, étaient normales. La fibromyalgie, si elle existait, était, de l'avis du rhumatologue, peu floride et modestement symptomatique. Au niveau psychique, l'experte psychiatre n'a relevé aucune pathologie, ni aucun signe de fatigabilité sur ce plan. En dehors d'une période difficile après le décès de ses parents, en 2000 et 2003, la recourante n'avait jamais ressenti de troubles de l'humeur ni de l'anxiété particuliers. Elle était décrite comme une femme forte de caractère sociable, qui n'avait jamais rencontré de difficultés relationnelles importantes. La recourante se décrivait comme bien entourée et entretenant de bonnes relations avec son entourage. Elle assumait ses tâches ménagères petit à petit, ses courses et les repas.

Elle déléguait à son mari et à une femme de ménage les travaux plus lourds. L'experte n'a relevé aucun signe de dépression, d'idées suicidaires, de rumination anxieuse ou de préoccupation particulière ni de crainte. Les experts ont posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux chronique de l'appareil locomoteur sans modification anatomique majeure et sans répercussion sur la capacité de travail, estimée entière, sans diminution de rendement, dans l'activité exercée jusqu'alors. Aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était nécessaire, dès lors que la recourante avait toujours eu, de l'avis des experts, d'excellentes capacités d'adaptation à son environnement familial, social et professionnel.

23. Le Dr F_____, du SMR, a estimé, dans son avis du 12 décembre 2006, que l'expertise permettait d'exclure toute psychopathologie incapacitante. Les constatations rhumatologiques ne montraient par ailleurs aucune aggravation par rapport aux conclusions de l'expertise de 2003. Il n'y avait pas matière à contester la nouvelle expertise.

24. Le 24 janvier 2007, l'OCAI a rendu un projet de décision, par lequel il a rejeté la nouvelle demande de la recourante, au vu du rapport d'expertise permettant d'exclure toute atteinte à la santé incapacitante.

25. Par lettre du 5 février 2007, la recourante a relevé plusieurs points dans l'expertise qu'elle considérait comme des incohérences et des insinuations. Elle en a déduit que cette expertise n'avait pas valeur probante et a conclu à l'octroi d'une rente d'au minimum 55%.

26. Le Dr F_____ a considéré que les griefs de la recourante n'infirmaient en rien les conclusions dûment argumentées de l'expertise. En particulier, il était normal, et non diffamant, que l'anamnèse familiale soit relatée. En ce qui concernait les radiographies du dossier, les particularités que l'assurée relevait correspondaient aux descriptions de l'expert rhumatologue, à savoir la présence de modifications dégénératives observées entre le 27 juin 2002 et le 22 juin 2004, tout en étant dans les limites de la norme vu l'âge de la recourante. Enfin, le surpoids de cette dernière qui serait dans une relation de cause à effet avec les douleurs chroniques était une interprétation de la recourante.

27. Par décision du 28 février 2007, l'OCAI a rejeté la demande. Il s'est fondé sur le rapport d'expertise de septembre 2006, considérant qu'il revêtait pleine valeur probante. Il a repris à son compte les constatations développées par le SMR au sujet des critiques formulées par la recourante à ce propos. Il a ainsi constaté l'absence d'une atteinte invalidante.

28. Par recours du 5 février 2007, l'assurée a contesté la décision précitée devant le Tribunal de céans, concluant à l'octroi d'une rente d'au minimum 55%. Elle a repris les arguments développés à l'appui de son opposition au projet de l'OCAI, relatifs à

la valeur probante de l'expertise, lesquels seront examinés en tant que de besoin dans la partie en droit.

29. Par réponse du 30 avril 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours, se référant pour le surplus à sa décision initiale.

30. Sur ce, 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).

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

2. La décision attaquée étant datée du 28 février 2007 et le délai de recours de trente jours, en application de l'art. 60 al. 1 LPGA, ne commençant à courir que le lendemain, le recours formé le 2 mars 2007 l'a été en temps utile. Il respecte par ailleurs la forme prévue par la loi, de sorte qu'il est recevable.

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, et plus précisément sur la question de savoir si les circonstances propres à influencer le droit à la rente se sont modifiées depuis la première décision de refus de rente en août 2003.

4. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 du Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références). Si l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif, le juge examine comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).

   Dans le cas d'espèce, l'OCAI est entré en matière sur la nouvelle demande. Il a même procédé à son instruction, diligentant une nouvelle expertise. Le pouvoir

d'examen du Tribunal n'est ainsi pas limité à l'examen des conditions d'entrée en matière.

5. Selon la jurisprudence, dans un tel cas, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3.2 p. 75ss), si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 p. 351).

6. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 et 3 LPGA et art. 4 LAI). 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. 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).

   Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus entre le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI).

7. Dans le cas d'espèce, l'intimé a évalué la capacité de travail de la recourante sur la base du statut d'une assurée active. Bien que la recourante travaillait à 80% dans son dernier emploi, il convient de confirmer son statut de personne active, dans la mesure où elle n'allègue pas que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à temps partiel.

8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02).

9. 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).

10. 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 (ATF 125 V 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

11. Conformément à la jurisprudence, il importe de comparer la situation de la recourante telle qu'elle ressort de la décision de l'intimé du 8 juillet 2003 confirmée le 8 septembre 2003, et celle existant au moment de la décision attaquée du 28 février 2007, afin d'identifier s'il y a un changement important de circonstances propres à influencer le degré d'invalidité de la recourante, et donc son droit à la rente.

    Dans le cadre de la première décision, le degré d'invalidité de la recourante a été arrêté à 35%, correspondant à une capacité de la recourante à exercer une activité adaptée à 80% comme ouvrière spécialisée évitant les travaux demandant trop de concentration visuelle et ceux exposés à la poussière. Cette capacité résiduelle tenait compte de cervicalgies sur trouble dégénératif modéré, d'une fibromyalgie modérée et de dorso-lombalgies sur trouble statiques modérés, conformément à l'expertise de mai 2003 de l'expert E_____, rhumatologue. Ce dernier avait ainsi constaté une discrète uncarthrose C3-C4 et C4-C5, une limitation douloureuse

modérée en rotation à gauche du rachis cervical sans discopathie significative, ainsi qu'une périarthrite d'épaule, avec un espace sous-acromial conservé, sans calcification et sans sclérose significative du trochiter. Des douleurs chroniques touchant les quatre extrémités et le rachis, avec 14 sur 18 points d'insertionite, associées à une asthénie, des troubles du sommeil, des palpitations, des paresthésies des extrémités et des céphalées avait permis le diagnostic de fibromyalgie, laquelle cependant n'impliquait pas une limitation significative de la mobilité dorsale et lombaire.

Dans le cadre de la décision litigieuse, l'intimé a nié l'existence d'une aggravation par rapport aux conclusions de l'expertise de 2003 et a exclu toute psychopathologie incapacitante, se fondant sur l'expertise COMAI, du 22 septembre 2006.

Au niveau somatique, cette expertise a révélé un examen situé dans la norme, hormis des zones d'irritation C4-C6 à droite, des épiphysites épineuse de D3 à D5 et quelques points douloureux de l'ensemble pelvi-rachidien. L'étude du dossier radiologique a mis en évidence des modifications dégénératives entre 2002 et 2004, pouvant expliquer certaines douleurs occasionnelles de la colonne cervicale et de la ceinture scrapulaire, lesquelles restaient cependant dans la norme et n'impliquaient pas forcément des douleurs chroniques, incoercibles. Les trigger points n'étaient pas présents partout et les insertions ostéo-tendineuses étaient insensibles. Le status neurologique indiquait encore que la force était conservée à tous les niveaux, les sensibilités respectées, les réflexes ostéo-tendineux présents et symétriques, sans augmentation de la zone réflexogène, sans clonus. Le fait que la recourante se plaigne de douleurs chroniques, dont l'intensité était supérieure à celles existant deux ans auparavant, qui ne s'expliquaient pas par des modifications anatomiques manifestes, a conduit l'expert rhumatologue a posé le diagnostic de syndrome douloureux chronique, apparenté à la fibromyalgie. Il a considéré que ces douleurs n'étaient pas florides, ni tapageuses, mais s'associaient néanmoins notamment à un syndrome de fatigue. Au niveau psychiatrique, l'experte n'a relevé aucune pathologie, ni signe de fatigabilité, mais une bonne résistance mentale. Aucun signe de dépression, d'idées suicidaires, de préoccupation particulière, aucun trouble de l'humeur, ni d'anxiété n'ont été mis en évidence, à l'exception d'une période particulière coïncidant avec le décès des parents de la recourante en 2000 (père) et 2003 (mère). L'experte a constaté que celle-ci possédait un bon réseau social et entretenait d'excellentes relations avec toute sa famille. Dans sa vie quotidienne, elle assumait ses tâches ménagères petit à petit, ses courses et les repas. Elle déléguait à son mari et à une femme de ménage les travaux plus lourds. Les experts ont conclu que le trouble somatoforme douloureux chronique de l'appareil locomoteur sans modification anatomique majeure n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. Celle-ci était estimée entière, sans diminution de rendement, dans l'activité exercée jusqu'alors. Aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était nécessaire, par le fait que la recourante avait toujours eu, de l'avis des

experts, d'excellentes capacités d'adaptation à son environnement familial, social et professionnel.

Cette expertise prend en compte les points litigieux dans une étude circonstanciée, se fonde sur des examens complets, prend en considération les plaintes exprimées par la recourante. En outre, elle démontre une pleine connaissance de l'anamnèse, décrit le contexte médical de manière satisfaisante. Ses conclusions sont dûment motivées et non contradictoires. Pour ces raisons, le Tribunal lui accorde pleine valeur probante, contrairement à ce que soutient la recourante. Il en découle que l'état de santé de celle-ci et sa capacité de travail et de gain n'ont pas subi d'aggravations depuis la première décision de refus de rente en 2003. Au niveau physique, les modifications dégénératives identifiées entre 2002 et 2004 restent dans la norme et sans conséquence sur la capacité de gain. Hormis la périarthrite diagnostiquée en 2003 qui n'apparaît d'ailleurs plus dans la nouvelle expertise, les diagnostics n'ont pas évolués défavorablement. Psychiatriquement, le trouble somatoforme douloureux, ou la fibromyalgie, ne présente pas de circonstances aggravantes. L'intensité accrue de la symptomatologie douloureuse depuis deux ans ne s'accompagnent pas d'une évolution des manifestations de la maladie. Ainsi, la recourante ne souffre pas d'un état dépressif. Au contraire, elle présente une bonne résistance mentale, ne connaît pas d'idées suicidaires ou anxieuses. Il apparaît même que la situation est plus favorable qu'en 2003, année marquant le décès de la mère de l'assurée et qui a représenté pour la santé psychique de la recourante, de l'avis de l'experte psychiatre, un moment particulier, plus fragile. Cela pourrait expliquer que la capacité de travail et de gain ait été estimée pleine et entière en 2006 dans la profession exercée antérieurement, alors qu'en 2003 l'expert mandaté avait conclu à une capacité de 80% dans une activité adaptée. Quoi qu'il en soit, aucun changement important de circonstances propre à influencer le degré d'invalidité de la recourante n'est mis en évidence.

12. Les deux certificats du médecin-traitant et de la médecin-rhumatologue ne permettent pas de mettre en cause le bien-fondé de cette expertise et sa conclusion sur la non aggravation de la capacité de gain de la recourante. Le premier, du médecin-traitant, indique que l'aggravation de l'état de santé réside dans l'incapacité psychologique de la recourante à assumer un travail, en raison d'un état dépressif, stationnaire. Le diagnostic d'état dépressif ne saurait être retenu dans la mesure où il n'émane pas d'un psychiatre, seul habilité selon la jurisprudence à poser un diagnostic ayant valeur probante sur la santé psychique d'un assuré. De plus, il entre en parfaite contradiction avec celui de l'experte psychiatre du COMAI, bien motivé et probant. Quant au certificat de la médecin-rhumatologue, il ne pose pas de diagnostics contradictoires par rapport à ceux retenus par les experts. Leur conséquence sur la capacité de travail ne marque pas d'aggravation, dans la mesure où la Dresse B_____ avait déjà retenu l'existence d'une capacité résiduelle de travail de la recourante, évaluée à 50% dans une activité adaptée en 2001, ce qu'elle confirme en substance en 2004, en soutenant que sa patiente peut assumer un travail

léger offrant des possibilités de changements de position, dans une mesure à déterminer. Ainsi, ces certificats des médecins-traitants sont insuffisants à mettre en évidence une aggravation de la situation de la recourante depuis 2003, en sus du fait qu'ils émanent de médecins-traitants, pour lesquels l'expérience générale démontre qu'ils sont plus enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patiente en raison de la relation de confiance qui les unit à cette dernière.

13. Par conséquent, le recours sera rejeté et la décision attaquée confirmée.

14. La recourante sera condamnée à verser un émolument de justice de 200 fr., en application de l'art. 69 al. 1 bis LAI.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.

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

La greffière — La présidente

Claire CHAVANNES — Maya CRAMER
La secrétaire-juriste :

Sandrine TORNARE

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