REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1223/2007 **ATAS/731/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 26 juin 2007

En la cause

Madame L_____, domiciliée , 1226 Thônex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MAUGUE Eric	recourante

contre

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

Siégeant : Isabelle DUBOIS , Présidente, Florence BRUTSCH et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs.

EN FAIT

1. Madame L_____ (ci-après la recourante), née en 1964, de nationalité portugaise, a travaillé pour l'entreprise X_____ en qualité d'ouvrière, de 1990 à 2004.

2. Souffrant de problèmes de dos, de douleurs aux pieds (status après cure hallux valgus), de difficultés respiratoires (asthme dû aux solvants et à des allergies à divers pollens), d'obésité, d'une affection oculaire et d'un état anxio-dépressif, la recourante s'est trouvée en totale incapacité de travail depuis le 13 février 2004, et a été licenciée par son employeur pour la fin du mois d'août 2004. Elle a déposé une demande de prestations d'assurance invalidité visant l'octroi d'une rente, en date du 17 février 2005.

3. L'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) a diligenté une expertise pluridisciplinaire de type COMAI de la recourante, effectuée par la POLYCLINIQUE MÉDICALE UNIVERSITAIRE de Lausanne.

4. Dans leur rapport du 20 juin 2006, les experts procèdent à un bref rappel du dossier médical SUVA et AI, puis à un rappel anamnestique (anamnèse familiale, personnelle, actuelle, systématique, psychosociale et professionnelle). Après l'énonciation des plaintes de la recourante, les experts ont procédé aux constatations objectives par système, puis à des examens paracliniques.

   Une consultation de psychiatrie a eu lieu le 29 mars 2006. Il est rappelé que la recourante suit une thérapie médicamenteuse et psychothérapeutique à raison d'une fois par semaine. Il n'y a pas de symptômes de la lignée psychotique, ni trouble de la pensée ou de la perception, la concentration est difficile et une certaine somnolence est constatée. Les experts psychiatres posent le diagnostic avec répercussions sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, actuellement épisode moyen. La recourante a développé une dépression avec quelques éléments de stress post-traumatique, traitée pharmacologiquement depuis 2000 puis par une psychothérapie. L'état dépressif reste de gravité moyenne malgré le traitement, l'évolution n'est actuellement pas favorable. Une consultation de rhumatologie a eu lieu le 12 avril 2006. Après l'anamnèse, le status, l'examen des radiographies, les experts ont posé comme diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail des cervico-dorso-lombalgies chroniques, non spécifiques et des podalgies bilatérales. Les activités sont essentiellement limitées par les douleurs, et l'obésité limite les capacités professionnelles mais uniquement pour les travaux lourds et les travaux de force. Le maintien de positions statiques assises et/ou debout de manière continue est à éviter ainsi que les travaux à la chaîne et les travaux avec environnement bruyant. Une évolution vers un syndrome polyalgique diffus de type fibromyalgie est à craindre car 10 points de fibromyalgie sur 18 sont constatés.

S'ajoutent aux diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail un asthme est une rhinite allergique.

Dans l'appréciation du cas, les experts constatent que l'atteinte à la santé psychique, existant depuis l'an 2000 environ, perdure dans un contexte de trouble dépressif récurrent. L'intensité de l'état dépressif a été encore plus importante en 2004 mais les symptômes compatibles avec ce diagnostic perdurent. La recourante décrit une thymie abaissée de manière constante, une fatigue, un épuisement, un sentiment de culpabilité et une dévalorisation dans sa pensée, un repli sur soi avec impact sur sa vie sociale et familiale et une certaine dépendance vis-à-vis de son entourage, sans que l'on puisse retenir actuellement le diagnostic de trouble de la personnalité dépendante. L'état dépressif a cependant valeur de maladie selon les experts et est responsable d'une incapacité de travail totale actuellement, car cet état perdure malgré l'investissement de la relation psychothérapeutique. Une absence de compliance médicamenteuse est cependant relevée. L'abandon du traitement est sans doute le résultat d'une perte d'espoir, mais ce traitement doit être poursuivi et est susceptible d'améliorer la pathologie psychique dans les mois à venir. En cas d'amélioration par le biais du traitement, une capacité de travail de 50 % au moins pourrait être reconnue à la recourante. L'incapacité de travail remonte au 13 février 2004, le taux d'incapacité est resté fortement abaissé depuis lors, voire nul, mais avec un pronostic qui reste ouvert, des mesures médicales pouvant améliorer la capacité de travail. Des suggestions de traitement sont formulées par ailleurs par les experts, traitement médical exigible de la recourante, et qui dans la durée s'étalera sur plusieurs mois, voire années. La capacité de travail peut également être améliorée par des mesures d'ordre professionnel, mais un reclassement n'est pas nécessaire car une activité de manutention légère et exigible sera compatible avec les atteintes à la santé. La capacité dans l'activité ménagère est quasiment complète.

5. Considérant que l'évaluation psychiatrique n'était pas convaincante, l'OCAI a soumis la recourante à un examen psychiatrique auprès de SMR, qui a eu lieu le 16 octobre 2006. Après l'anamnèse familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique de la recourante, SMR décrit la vie quotidienne de la recourante puis effectue le status psychiatrique. Il ne retient que quelques traits dépressifs discrets présents à l'évocation de certaines difficultés, pas de perte de l'élan vital ni de ruminations, pas de sentiment de dévalorisation ou de culpabilité, et une thymie euthymique. Il a relevé que la recourante n'a jamais fait de tentative de suicide et ne verbalise pas d'idées suicidaires. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant est écarté. Il n'y a aucun diagnostic avec répercussions sur la capacité de travail, mais une fibromyalgie sans comorbidité psychiatrique est diagnostiquée, sans répercussion sur la capacité de travail. La symptomatologie développée par la recourante est réactionnelle à un conflit au travail et aux douleurs chroniques. Le diagnostic du médecin traitant d'état anxio-dépressif sévère depuis deux ans n'est pas retenu, pas plus que le trouble dépressif moyen à sévère diagnostiqué par le psychiatre traitant depuis janvier 2004, au motif que celui-ci

avait préalablement retenu un trouble anxieux et dépressif mixte, ce qui serait incompatible. SMR conclut que le diagnostic de trouble dépressif moyen est en rémission complète et n'a aucune incidence sur la capacité de travail.

6. Par décision du 20 février 2007, l'OCAI a refusé l'octroi de mesures professionnelles et l'octroi d'une rente à la recourante au vu des conclusions de SMR.

7. Dans son recours du 26 mars 2007, la recourante conclut à l'annulation de la décision litigieuse, à ce qu'il soit dit et constaté qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité dès le 13 février 2004 avec intérêt à 5 % dès le 13 février 2006, avec suite de dépens. En substance, la recourante considère que l'OCAI a privilégié à tort l'appréciation de SMR par rapport à l'appréciation du COMAI. Cette dernière, dont le rapport revêt une pleine valeur probante, doit être suivie. S'agissant du rapport de SMR, la recourante allègue, d'une part, que l'examen proprement dit n'a été effectué que par la doctoresse A_____, qui n'avait pas les compétences pour le faire, d'autre part qu'il n'est pas convaincant, en tous les cas pas de nature à justifier que l'on s'écarte de l'expertise pluridisciplinaire du COMAI.

8. Dans sa réponse du 22 mai 2007, l'OCAI conclut au rejet du recours. Il rappelle que SMR est légitimé à s'écarter des conclusions des experts lorsque des motifs objectifs y conduisent, comme en l'espèce. Quant à la doctoresse A_____, elle disposait naturellement des compétences spécialisées pour procéder à l'examen quand bien même la reconnaissance de son diplôme est postérieure.

9. Par pli du 1er juin 2007, le Tribunal a communiqué ces écritures aux parties, et gardé la cause 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 statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification

de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

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

4. La question litigieuse est de savoir si la recourante a droit à une rente d'invalidité comme elle le prétend. Pour résoudre cette question il convient préalablement de déterminer la valeur probante de l'examen SMR et de l'expertise du COMAI, et de les confronter.

5. On rappellera pour cela qu'en ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3).

   Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après TFA) a posé

des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

En particulier, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). Le TFA a ainsi jugé que l'indépendance et l'impartialité des médecins du COMAI étaient garanties déjà avant l'entrée en vigueur de leur nouveau statut du 1er juin 1994 (ATF 123 V 175 ; cf. également RAMA 1999 n° U 332 p. 193). Par ailleurs, on ne saurait mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux, tant des uns que des autres, doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères exposés précédemment (consid. 3.1; ATFA non publié du 24 août 2006, I 938/05, consid. 3.2).

6. En l'espèce, la lecture du rapport du COMAI conduit sans conteste à lui reconnaître une pleine valeur probante. En particulier, les anamnèses spécifiques sont très complètes, les experts ont effectué des consultations spécialisées, ils ont tenu compte des rapports médicaux figurant au dossier et sont convaincants lorsqu'ils procèdent à l'appréciation globale du cas. A priori, le Tribunal ne voit pas de raison de s'écarter du diagnostic retenu, qui correspond d'ailleurs aux différents diagnostics posés par les médecins de la recourante. L'OCAI considère que l'on doit cependant s'écarter des conclusions des experts en raison de l'examen de SMR. Tel ne peut cependant être le cas. Non pour des raisons de compétence de l'examinatrice car, s'agissant de la valeur probante du rapport psychiatrique de la Dresse A_____, l'instruction d'une autre cause en matière d'invalidité devant

le Tribunal de céans a révélé que celle-ci n'était, certes, pas titulaire d'un diplôme FMH de spécialiste en psychiatrie et qu'elle n'avait par ailleurs été autorisée à pratiquer comme médecin dépendant auprès du SMR que par acte du Département vaudois de la santé et de l'action sociale du 24 novembre 2006. Selon le médecin cantonal vaudois, l'intéressée était, en sa qualité de médecin dépendant, désormais habilitée à effectuer des expertises psychiatriques avec examens cliniques ; toutefois, à son avis, le document devait être contresigné par le psychiatre responsable pour lui donner sa pleine valeur juridique. Sur la base de ces informations, le plenum de la juridiction a jugé que ces circonstances n'avaient pas pour effet d'annuler la valeur juridique des rapports rendus avant la reconnaissance de son diplôme (procès-verbal du plenum du 12 avril 2007).

En revanche, force est de constater que, si l'examen apparaît complet, l'appréciation de l'examinatrice n'est pas convaincante. Il se dégage de la lecture de ce rapport l'impression tenace que celle-ci considère être en présence d'un cas de fibromyalgie, a priori non invalidant, de sorte que l'état dépressif est réactionnel, d'ailleurs en rémission, et n'entraîne aucune incapacité de travail. On en veut pour preuve le fait que la fibromyalgie est une affection rhumatologique, dont la constatation nécessite un examen clinique comprenant 18 points de fibromyalgie à tester. Cela n'est dès lors pas du ressort d'un psychiatre. Or, l'examen de SMR était uniquement psychiatrique et l'examinatrice retient comme diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, une fibromyalgie, dont il faut rappeler qu'elle n'avait été qu'évoquée par les experts du COMAI. Par ailleurs, l'examinatrice rejette le diagnostic psychique posé par les experts par un raisonnement qui ne saurait être suivi. Considérant qu'un trouble dépressif récurrent est incompatible avec un trouble anxieux et dépressif mixte -ce qui au demeurant est possible- elle en déduit l'absence de tout trouble dépressif récurrent. C'est oublier que le psychiatre traitant a diagnostiqué dans un premier temps (cf. rapport du 14 décembre 2004) un trouble anxieux et dépressif mixte, puis dans un deuxième temps (cf. rapport médical du 18 juillet 2005) un trouble dépressif moyen à sévère. Il n'y a dès lors aucune incompatibilité dans la mesure où il n'y a pas simultanéité de ces deux diagnostics.

Par conséquent, le Tribunal constate, d'une part, que l'examen SMR était manifestement inutile au vu de la complétude et de la clarté du rapport des experts du COMAI, d'autre part que l'examen SMR n'est pas de nature à permettre de s'écarter des conclusions de celui-là. Les experts du COMAI retiennent une totale incapacité de travail depuis le 13 février 2004, et indiquent un pronostic qui reste ouvert, ainsi que l'exigibilité d'un traitement médicamenteux, en adjonction de la psychothérapie. C'est sur ces bases-là qu'il convient d'examiner maintenant le droit aux prestations de la recourante.

7. 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. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un

accident. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. 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 (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

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. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 9 consid. 2b, 160 consid. 3a, 118 V 82 consid. 3a et les références).

S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le 1er jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI; ATF 126 V 9 consid. 2b et les références).

Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité :

40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.»

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI).

Par ailleurs, selon l'art. 41 LAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Enfin, aux termes de l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée.

8. Au vu des règles susmentionnées il y a lieu de retenir que la recourante est totalement incapable de travailler pour des raisons psychiques ayant valeur de maladie au sens de l'assurance invalidité depuis le 13 février 2004. Le droit à une rente entière d'invalidité doit donc lui être reconnu depuis le 13 février 2005. Selon les experts la capacité de travail est améliorable par un traitement, notamment médicamenteux, exigible de la recourante. L'OCAI vérifiera, dès lors, en interpellant le médecin de la recourante, que celle-ci a repris le traitement médicamenteux et, dans la négative, la mettra en demeure de le suivre. Par ailleurs, l'OCAI prévoira une procédure en révision à moyen terme, aux fins de suivre l'évolution de la capacité de travail de la recourante et de réajuster, le cas échéant, son droit à la rente.

9. En conclusion, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée. Le dossier sera renvoyé à l'OCAI pour nouvelle décision au sens des considérants. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens, fixés en l'espèce à 1'500 fr. Par ailleurs, l'émolument introduit depuis le 1er juillet 2006 sera mis à la charge de l'OCAI.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet, et annule la décision du 20 février 2007.

3. Dit que la recourante doit être mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 13 février 2005.

4. Invite l'OCAI à rendre une nouvelle décision au sens des considérants.

5. Condamne l'OCAI au versement d'une indemnité en faveur de la recourante de 1'500 fr.

6. L'émolument, fixé à 500 fr., est mis à la charge de l'OCAI.

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

Le greffier : La présidente

Pierre RIES Isabelle DUBOIS

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