REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1347/2007 **ATAS/696/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 19 juin 2007

En la cause

Madame A_____, domiciliée , 1219 CHATELAINE - GENEVE	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____, née le 1957, d'origine macédonienne, nettoyeuse, a déposé le 4 mars 2002 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle allègue souffrir de douleurs à la nuque, au dos, de maux de tête, de dépression, de trouble de la mémoire, de fatigabilité, d'irritabilité, d'asthme notamment depuis le 29 février 2000, date à laquelle elle avait glissé sur une rampe de l'entrée de X_____, était tombée sur le dos et avait subi un choc à la tête.

2. Elle a travaillé en dernier lieu comme femme de chambre auxiliaire à X_____ du 23 septembre 1998 au 31 janvier 2001, date à laquelle son contrat de travail a été résilié par son employeur en raison de sa longue absence pour maladie/accident. Son dernier jour de travail effectif a été le 25 septembre 2000 à 50%.

3. Le Dr A_____ médecin traitant, spécialiste FMH en psychiatrie, a déclaré le 15 juin 2001, qu'à la suite de sa chute au travail le 29 février 2000, sa patiente souffrait d'intenses céphalées et cervicalgies et avait développé un état anxio-dépressif. Il a ainsi retenu les diagnostics d'état de stress post-traumatique et d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, et a suspecté la présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant.

   Dans un rapport du 27 août 2001, le médecin de la Permanence Vermont-Grand-Pré, a posé le diagnostic de traumatisme cervico-cérébral et a indiqué que les effets de l'accident étaient terminés le 21 juin 2001.

4. Le Dr B_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a été mandaté par la ZURICH ASSURANCES afin de déterminer l'état actuel de l'assurée et sa relation avec l'accident du 29 février 2000. Il a ainsi établi un rapport d'expertise le 12 février 2001. Il a constaté l'existence de syndromes algo-dysfonctionnels cervicaux et lombaires et d'un syndrome fibromyalgique. Relevant qu'aucune lésion n'avait pu être démontrée malgré les nombreuses investigations réalisées et considérant que la patiente devrait avoir recouvré son état de santé antérieur (statu quo ante), il en a conclu qu'il était simplement possible que tous les troubles actuels puissent être une conséquence directe de l'accident.

   L'expert explique que 85% des victimes d'accident banal avec distorsion cervicale et/ou contusion lombaire sur chute de leur hauteur ont repris leur travail dans les six semaines qui suivent l'événement. On sait également que certains cas se prolongent plus longtemps, mais après six mois 98% ont repris leurs activités professionnelles, ce qui est le cas de l'assurée qui a repris partiellement son activité le 23 mai 2000. Même si dans sa profession le travail met lourdement le rachis tant cervical que lombaire à contribution, son état aurait dû poursuivre son amélioration. N'ayant trouvé ni dans les rapports médicaux LAA ni dans le cadre de son interrogatoire de

justifications médicales à une augmentation de l'incapacité de travail, le Dr B_____ a considéré qu'une reprise à 50% était exigible dès que possible, soit dès le 1er mars 2000. Ultérieurement après un mois et à doses progressives à raison de 25% par quinze jours, le 100% peut être acquis. Il a par ailleurs indiqué que la profession de femme de chambre lui paraissait la mieux adaptée au handicap de l'assurée. Si restriction il devait y avoir, c'est dans la diminution du rythme, soit le rendement. Selon lui le 25% est possible la patiente l'a démontré, le 50% est raisonnablement exigible et le 75% - 100% doivent encore être tentés avant de décider une invalidité définitive.

5. La société Y_____ SA a informé l'OCAI que l'assurée travaillait comme nettoyeuse à son service depuis le 17 janvier 2000 à raison de deux heures par jour, cinq jours par semaine.

6. Le 8 mai 2002, le Dr C_____, généraliste, a confirmé les diagnostics d'état dépressif suite à l'accident, de cervicarthrose, de lombalgies, d'asthme, de migraine, de syndrome de Costen et de vertiges d'origine indéterminée. Il a fixé le taux d'incapacité de travail à 100% du 29 février 2000 au 28 juin 2001, à 50% du 28 avril 2001 au 1er octobre 2001 et à 100% depuis. Il a indiqué que ni l'activité de femme de chambre ni une autre activité n'étaient plus exigibles.

7. Le 5 juillet 2002, le Dr D_____ a reconnu sa patiente incapable de travailler à 100% du 26 décembre 2000 au 27 mai 2001, à 75% du 28 mai 2001 au 28 juin 2001, puis à 100%. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, il a précisé que sa patiente présentait un épisode dépressif sévère, un probable syndrome douloureux somatoforme persistant et un état de stress post-traumatique en rémission partielle. Il a également indiqué qu'elle présentait un trouble de la personnalité fruste, trouble toutefois sans répercussion sur la capacité de travail.

8. De l'examen psychiatrique réalisé par la Dresse E_____ le 20 février 2003 dans le cadre du SMR, il résulte que l'assurée présente un trouble douloureux somatoforme persistant, un épisode dépressif réactionnel en rémission partielle et des traits de personnalité fruste et dépendante.

   La Dresse E_____ conteste le diagnostic posé par le médecin traitant de stress post-traumatique, l'assurée n'ayant pas présenté de sentiment de détachement, de restriction des affects, d'évitement des stimuli qui éveillent des souvenirs, ni de réminiscence répétées de l'événement traumatique avec des flash-back, des rêves ou des cauchemars. Elle ne partage pas non plus l'avis du Dr C_____ qui ne met en évidence aucune limitation fonctionnelle, tout en évaluant l'incapacité de travail à 100%. Elle constate que l'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique diagnostiqué par le Dr D_____ est réactionnel au trouble douloureux, actuellement en rémission partielle et n'a dès lors que peu d'influence sur la capacité

de travail. L'examen clinique ayant montré une discordance nette entre les plaines de l'assurée et les constatations objectives qui sont modérées, la Dresse E_____ a fixé du point de vue psychiatrique la capacité de travail exigible à 70%, étant précisé que la capacité de travail serait susceptible d'être améliorée par la continuation de la prise en charge psychiatrique ambulatoire accompagnée d'un traitement antidépresseur. Une réadaptation professionnelle n'est pas envisageable mais l'assurée pourrait bénéficier d'une aide au placement en tenant compte de ses limitations fonctionnelles psychiatriques : difficultés à gérer le stress, manque de moyens d'introspection et somatisations. Elle relate que selon l'assurée elle-même, son état s'est amélioré depuis une année. Elle situe toutefois l'amélioration trois mois plus tard pour tenir compte de l'avis du médecin traitant du 5 juillet 2002, en contradiction avec le récit de l'assurée, soit octobre 2002. La capacité de travail exigible est ainsi de 70% dès octobre 2002.

En conclusion, selon le SMR, l'incapacité de travail est de 100% du 29 février 2000 au 27 juin 2001, à 50% du 28 juin 2001 au 1er octobre 2001, à 100% du 2 octobre 2001 au 30 septembre 2002 et à 30% depuis octobre 2002 (cf. note du 5 mars 2003).

9. Par décisions du 7 novembre 2003, l'OCAI a informé l'assurée qu'elle l'avait considérée comme ménagère mixte, à raison de 70% comme nettoyeuse et 30% comme ménagère, qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité du 1er mars au 31 août 2001, assortie de rentes complémentaires pour époux et enfants, et à une demi-rente dès le 1er septembre 2001, limitée au 31 janvier 2003, soit trois mois après l'amélioration constatée par la Dresse E_____ dès octobre 2002.

10. L'assurée, représentée par Maître Claudette FOREST, a interjeté recours le 5 décembre 2003. Elle conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité à 100% depuis le 1er janvier 2002.

11. Interrogée par l'OCAI sur le fait qu'elle avait indiqué d'une part que le trouble somatoforme persistant n'était plus invalidant dès octobre 2002, et d'autre part que le taux d'incapacité de travail était de 30% pour des motifs d'ordre psychiatrique, la Dresse E_____ a précisé dans une note du 7 avril 2004, qu' "au moment de notre examen nous avons constaté la présence d'un épisode dépressif réactionnel en rémission partielle (thymie légèrement triste, léger trouble de la mémoire, ralentissement psychomoteur d'intensité modéré, légère anxiété, somatisation et trouble anamnestique du sommeil). Nous avons admis que ces symptômes résiduels pouvaient entraîner une diminution de 30% de la capacité de travail". Elle a rappelé que le trouble somatoforme s'il est accompagné d'une comorbidité psychiatrique significative, en l'occurrence l'épisode dépressif, devait être considéré comme invalidant même en l'absence des critères de Mosimann. Elle a par ailleurs déclaré que la réduction de la capacité de travail avait été prise par rapport à une activité à plein temps et qu'à aucun moment de l'entretien, l'assurée ne lui avait fait part de

difficultés dans l'exécution de ses tâches ménagères. L'empêchement ménager avait toutefois été fixé à 30%, étant admis que l'activité ménagère est comparable en plus léger à l'activité de femme de ménage ou de nettoyeuse professionnelle.

12. Par décision du 21 avril 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition. Il rappelle qu'au vu du diagnostic de syndrome somatoforme douloureux retenu par les médecins traitants de l'assurée, les Drs D_____ et C_____, il a mis en œuvre un examen psychiatrique au sein du SMR le 20 février 2003, duquel il résulte une capacité de travail de 30% sur un plein temps dans l'exercice de l'activité antérieure de nettoyeuse dès le mois d'octobre 2002. Il précise que pour déterminer le droit à la rente de l'assurée allant pour la période de février 2000 à septembre 2002, il s'est uniquement basé sur les avis des médecins traitants. Il a ajouté qu'il avait renoncé à la mise en œuvre d'une enquête ménagère pour la période postérieure à octobre 2002, car elle n'aurait pas eu une incidence différente sur le taux d'invalidité global reconnu à l'assurée, soit 10%.

13. L'assurée a, par l'intermédiaire de sa mandataire, interjeté recours le 19 mai 2004 contre ladite décision sur opposition. Elle produit deux rapports du Dr C_____ du 12 mai 2004 et du Dr D_____ du 14 mai 2004.

14. Dans une note du 9 juin 2004, le Dr F_____ du SMR rappelle à l'attention du Dr D_____ que le diagnostic qui a été retenu est celui d'une réaction dépressive prolongée en rémission partielle depuis février 2002, que ce diagnostic n'est en rien une "sous-estimation" ni de la gravité ni de la durée de l'état dépressif. Aux dires mêmes de l'assurée du reste, son état de santé se serait amélioré un an avant la consultation faite dans le cadre du SMR en février 2002.

    S'agissant du rapport du Dr C_____ faisant état d'une aggravation de l'asthme de l'assurée, le Dr F_____ relève que le reflux gastro-oesophagien comme d'ailleurs le colon spastique ne constituent pratiquement jamais des maladies invalidantes au sens de l'AI, la grande majorité des symptômes pouvant être améliorée par un traitement adéquat. Les migraines, les douleurs ostéo-articulaires, de même que les douleurs rétro-sternales en l'absence de modification de l'ECG à l'ergométrie pourraient bien être la manifestation de troubles somatoformes douloureux chroniques.

    Le Dr F_____ ne retient dès lors qu'un seul élément nouveau, soit l'aggravation de l'asthme.

15. Interrogés à ce sujet, les Drs F_____ et E_____ ont pris contact par téléphone avec le Dr C_____. Celui-ci leur a confirmé l'aggravation, mais a précisé qu'il n'avait pas jugé utile de procéder à des examens même simples de la fonction respiratoire et n'avait pas encore pris rendez-vous pour demander un consilium pneumologique.

16. Par courrier du 2 juillet 2004, l'OCAI a informé l'assurée qu'elle effectuait un nouvel examen du dossier et avait décidé de reprendre l'instruction afin notamment de clarifier l'évolution de l'état de santé à partir d'octobre 2002. Elle a dès lors annulé les décisions du 7 novembre 2003, ainsi que la décision sur opposition du 21 avril 2004 en tant qu'elles portent sur la période postérieure à octobre 2002.

17. Par arrêt du 22 juillet 2004, le Tribunal cantonal des assurances sociales a ainsi constaté que le recours était devenu sans objet.

18. Dans un rapport du 31 août 2004 adressé à l'OCAI, le Dr C_____ a répété que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé notamment en ce qui concerne l'asthme, le reflux gastro-oesophagien et les douleurs rétro-sternales, lesquelles ne sont probablement pas d'origine cardiaque, sans qu'il y ait de changement dans les diagnostics. Il confirme que pour le moment une reprise de travail ne lui semble pas possible.

19. Le Dr A_____ le 11 janvier 2005 a quant à lui attesté que l'état de santé était resté globalement stationnaire sous traitement psychopharmacologique, ce malgré une recrudescence des problèmes somatiques en particulier respiratoires. Le pronostic est très réservé. La capacité de travail est nulle en raison de limitations dépressivo-cognitives (en plus des limitations somatiques), quelle que soit l'activité envisagée.

20. Le Dr G_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a été mandaté par l'OCAI. Il a réalisé son rapport le 31 août 2005. L'expert n'a pu mettre en évidence aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Il dit n'avoir pas trouvé d'argument pour diagnostiquer un épisode dépressif. Si l'assurée a eu par le passé des symptômes évoquant un véritable trouble dépressif notamment suite à son licenciement et à la perte de son emploi, il n'en est plus rien aujourd'hui. S'agissant des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert a relevé que depuis sa chute accidentelle le 22 février 2000, l'assurée s'est plainte de plus en plus de douleurs accompagnées de céphalées, d'impressions de vertiges et même de chutes. Elle conserverait une fatigabilité et de nombreuses gênes qui pour certaines laissent songeur : comme pour le brouillard, la lumière. Bien qu'étant suivie par un médecin traitant et par un psychiatre avec différents traitements tout à fait adéquats, selon elle aucun ne lui aurait permis de se sentir mieux et encore moins de voir régresser ses douleurs. Toutefois, celles-ci déjà que subjectives sont modulées par d'innombrables exagérations. Elle a donc un trouble somatoforme douloureux et des symptômes de surcharge. Ces impressions subjectives de ne pas vouloir faire d'efforts sont le seul empêchement à la reprise de travail. Elle n'a aucune limitation au plan objectif pour motif psychiatrique. Il s'agit d'une personne fruste ne maîtrisant pas la langue. Elle est donc limitée dans son niveau professionnel et il lui serait difficile d'exercer une autre activité que celle de nettoyeuse. En revanche on ne peut pas à proprement parler de limitation quantitative mais plutôt qualitative

pouvant influer sur sa capacité de travail. Aussi l'activité de nettoyeuse exercée précédemment est-elle exigible à 100%, étant précisé que la reprise devrait être progressive.

21. Dans son avis du 20 septembre 2005, le Dr F_____ constate qu'à la suite de l'expertise du Dr G_____, il peut être confirmé que l'incapacité de travail n'est en tous cas pas supérieure à 30%, taux admis par la Dresse E_____ du SMR, elle serait même nulle si l'on suivait les conclusions du Dr G_____.

22. Le Dr H_____, spécialiste FMH en pneumologie, a été interrogé par l'OCAI s'agissant de l'aggravation alléguée par le Dr D_____ des voies respiratoires. Le Dr H_____ s'est contenté de communiquer à l'OCAI copie d'un rapport de la scanographie thoracique du 3 septembre 2004 effectuée par le Dr I_____, révélant de discrètes bronchectasies tubulaires du segment apical du lobe supérieur droit, du segment apical du lobe inférieur gauche et des pyramides basales des deux lobes inférieurs. Un épaississement des parois bronchiques péri-hilaires, une discrète atténuation en mosaïque et quelques zones de piégeage expiratoire suggérant éventuellement une atteinte des petites voies aériennes. Deux discrets infiltrats de type verre dépoli des lobes supérieurs, plus étendu à gauche, pouvant correspondre à une atteinte inflammatoire et/ou infectieuse au décours. Un micronodule périphérique non spécifique du segment postéro-basal du lobe inférieur droit. CT-Scan par ailleurs normal.

23. Aussi le Dr F_____ a-t-il conclu que l'aggravation de l'asthme bronchique n'était pas avérée, étant constaté au surplus que les valeurs de la fonction pulmonaires du 1er septembre 2004 sont tout à fait compatibles avec une activité de femme de chambre.

24. Par décisions du 24 mai 2006, l'OCAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité du 1er mars au 31 août 2001, à une demi-rente du 1er septembre 2001 au 1er janvier 2002, et à une rente entière du 1er janvier 2002 au 31 janvier 2003.

25. L'assurée, représentée par sa mandataire, a formé opposition le 13 juillet 2006. Elle se fonde sur un courrier à elle adressé par le Dr D_____ le 11 juillet 2006, aux termes duquel celui-ci maintient son diagnostic de l'épisode dépressif sévère, "qui s'est même aggravé depuis mon dernier rapport intermédiaire AI du 11 janvier 2005 par des symptômes psychotiques". Le Dr D_____ dit ne pas comprendre pour quelle raison il est question d'une amélioration de l'état de santé dès octobre 2002 et répète que vu la gravité des diagnostics psychiatriques la patiente reste à son avis en incapacité totale de travail au-delà du 31 janvier 2003. Le Dr C_____, par courrier du 11 juillet 2006, a quant à lui confirmé la liste des diagnostics qu'il avait posés, et indiqué quel traitement médicamenteux il avait prescrit à sa patiente.

26. Par décision du 9 mars 2007, l'OCAI a rejeté l'opposition. Il se pose au surplus la question de savoir si les décisions litigieuses en tant qu'elles portent sur la période antérieure à octobre 2002 ne devraient pas être reconsidérées au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA. Il rappelle au surplus que l'incapacité de travail et de gain de 30% finalement retenue n'avait même pas été confirmée par le Dr G_____.

27. L'assurée, agissant seule, a interjeté recours le 2 avril 2007 contre ladite décision sur opposition, étant précisé que "ne pouvant plus assumer les frais d'avocat, je fais opposition par mes propres moyens". Elle a sollicité du Tribunal de céans qu'il ordonne une nouvelle expertise.

28. Dans sa réponse du 18 mai 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours.

29. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause 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 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 LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1; 356 consid. 1 et les arrêts cités).

   Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse a été rendue en date du 9 mars 2007, mais statue sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2000. Le présent litige sera dès lors examiné à la lumière des dispositions de la LAI et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 et selon la LPGA pour la période postérieure. Enfin, s'agissant des modifications de la LAI du 21 mars 2003, entrées en vigueur le 1er janvier 2004, elles seront citées dans la mesure de leur pertinence.

3. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

   Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

4. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité au-delà du 31 décembre 2002.

5. a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 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'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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).

   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).

   La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La

question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. En outre, dans un arrêt récent (ATFA non publié du 8 février 2006, I 336/04, prévu pour la publication dans le Recueil officiel), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50).

Au nombre des critères dégagés par jurisprudence permettant de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté. En outre, il est admis que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (cf. notamment ATFA non publié du 28 juin 2005, I 524/04).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes

divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 et les références citées).

b) 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. 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 125 V 261, consid. 4, et la jurisprudence citée).

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, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATFA non publié du 21 mars 2006, I 247/05, consid. 1.2).

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).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions

contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

6. En l'espèce, l'OCAI s'est fondé sur l'examen du SMR et plus particulièrement sur celui de la Dresse E_____ pour considérer que l'assurée ne subissait plus qu'une diminution de sa capacité de travail de 30% dès octobre 2002, étant précisé que selon le Dr G_____, l'activité de nettoyeuse exercée jusqu'ici était même exigible à 100%. C'est ainsi que l'OCAI a limité au 31 janvier 2003, soit trois mois après l'amélioration constatée, la durée de la demi-rente d'invalidité accordée depuis le 1er septembre 2001, en application de l'art. 88 a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI), selon lequel:

   "Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre".

7. L'assurée conteste ce taux de 30% retenu par l'OCAI, rappelant que selon le Dr A_____ elle souffre d'un épisode dépressif sévère, conduisant à une incapacité entière de travail. Ce médecin a au surplus, dans une note du 11 juillet 2006, non seulement maintenu ce diagnostic d'épisode dépressif sévère, mais annoncé qu'il s'était aggravé, depuis son dernier rapport intermédiaire du 11 janvier 2005, par des symptômes psychotiques.

   Le Dr C_____ a également considéré que sa patiente était toujours incapable de travailler à 100%, quelle que soit l'activité envisagée, au-delà du mois d'octobre 2002, au motif qu'elle souffrait d'un état dépressif, de cervicarthrose, de lombalgies, de migraines, de syndrome de Costen, de vertiges d'origine indéterminée ainsi que d'asthme.

8. Il apparaît cependant à cet égard que les migraines, les douleurs ostéo-articulaires, de même que les douleurs rétrosternales pourraient bien être la manifestation de trouble somatoforme douloureux chronique. Force est de constater en tout état de cause que le Dr C_____ ne décrit pas de limitations fonctionnelles particulières dues à ces atteintes, et qu'il n'explique pas précisément pour quelle raison il fixe à 100% le taux d'incapacité de travail de sa patiente. S'agissant de l'aggravation de l'asthme évoquée par le Dr A_____ l'instruction

complémentaire menée par l'OCAI auprès du Dr H_____ permet de constater qu'elle n'implique pas une diminution sensible de la capacité de travail.

Sur le plan somatique, dès lors, les affections n'engendrent que peu ou pas de limitations susceptibles d'influencer le droit aux prestations au-delà du 31 décembre 2002.

9. Les douleurs dont se plaint l'assurée ont par ailleurs amené les médecins à poser le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Ce diagnostic ne suffit cependant pas à lui seul pour conclure à une invalidité.

10. La Dresse E_____ lors de son examen du 20 février 2003 et le Dr G_____ dans son expertise du 31 août 2005, ont conclu à l'absence de comorbidité psychiatrique grave, après octobre 2002. La Dresse E_____ a constaté que l'épisode dépressif sévère diagnostiqué par le Dr D_____ était réactionnel au trouble douloureux et était actuellement en rémission partielle. Le Dr G_____ n'a quant à lui retenu aucun épisode dépressif, précisant que "si l'assurée a eu par le passé des symptômes évoquant un véritable trouble dépressif notamment suite à son licenciement et à la perte de son emploi, il n'en est plus rien aujourd'hui".

S'agissant de la valeur probante du rapport psychiatrique de la Dresse E_____, il convient de relever que l'instruction d'une autre cause en matière d'invalidité devant le Tribunal de céans a révélé que celle-ci n'était pas titulaire d'un diplôme FMH de spécialiste en psychiatrie et qu'elle avait par ailleurs été autorisée à pratiquer comme médecin dépendant auprès du SMR 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.

Il sied d'observer que, selon les informations reçues du médecin cantonal vaudois, la Dresse E_____ n'était pas habilitée à signer le rapport du SMR du 20 février 2003 avec le titre de "psychiatre FMH" et qu'elle n'était alors pas, à cette date, formellement autorisée à travailler comme médecin dépendant auprès du SMR. Il convient dès lors d'analyser ici la portée juridique de ces irrégularités qui ne préjugent en rien des compétences professionnelles de cette praticienne lesquelles ne sont pas mises en cause. Au préalable, force est de constater que la valeur juridique du rapport en cause ne saurait être déniée pour le seul motif que sa rédactrice a utilisé à tort le titre de "psychiatre FMH". La même constatation s'impose s'agissant du défaut d'autorisation lequel a été corrigé par la délivrance d'une autorisation de pratiquer à titre dépendant à partir du 24 novembre 2006. Il ne serait en effet pas cohérent de dénier la valeur probante d'un rapport rendu par un

même médecin avant l'obtention de l'autorisation en cause alors que ce même rapport devrait être admis s'il avait été rendu après l'octroi de ladite autorisation. Il convient de préciser que cette autorisation ne dépendait d'aucun examen complémentaire dans la mesure où elle portait uniquement sur la reconnaissance de son diplôme étranger. En conclusion, la valeur probante dudit rapport ne saurait être déniée en raison des seules irrégularités susmentionnées mais doit bien plutôt être examinée sous l'angle des conditions jurisprudentielles en la matière rappelées ci-dessus.

Il y a lieu à cet égard de constater que les conclusions de l'examen auquel a procédé la Dresse E_____, sont en tout cas confirmées par le Dr G_____. Les rapports de ces deux médecins remplissent tous les réquisits de la jurisprudence permettant de leur attribuer pleine valeur probante. Ils ont expliqué en quoi consistaient les atteintes à la santé de l'assurée et quelles limitations elles entraînent. Leurs conclusions sont claires et bien motivées, de sorte que le Tribunal de céans n'a aucun motif de s'en écarter.

Il convient à ce stade que rappeler que, pour ce qui concerne la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

S'agissant des troubles dépressifs, reste à 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 TFA, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine et les références citées).

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

Certes l'existence d'affections corporelles chroniques a-t-elle été établie, l'assurée ne subit cependant pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, puisqu'elle vit entourée de sa famille dont les membres l'aident dans l'accomplissement de certaines tâches ménagères. L'état dépressif sévère est selon la Dresse E_____ en rémission partielle (cf. rapport du 20 février 2003) et

selon le Dr G_____ devenu quasiment inexistant (cf. rapport d'expertise du 31 août 2005). Il n'y a dès lors pas lieu de conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé. On ne saurait davantage conclure à l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art sans évolution possible au plan thérapeutique, puisque l'état psychique de la recourante s'est amélioré, bien que l'assurée allègue qu'aucun des traitements dispensés par ses médecins ne lui aurait permis de se sentir mieux.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, et en dépit du caractère chronique des douleurs de l'assurée, dont on ne saurait contester l'existence, l'on doit en revanche nier, d'un point de vue juridique, le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux. Partant, la recourante ne saurait prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité et son recours mal fondé doit par conséquent être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis 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
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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