

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1579/2006

ATAS/702/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 16 juin 2008

En la cause

Madame G_____, domiciliée à THONEX, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Yann MEYER

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs.**

EN FAIT

1. Madame G_____, d'origine portugaise, est arrivée en Suisse en 1977 et a occupé différents emplois notamment comme femme de ménage. Elle a bénéficié de prestations du chômage dès le 1^{er} juin 1998, jusqu'au 31 mai 2000.
2. Le 14 janvier 2000, l'intéressée a chuté sur le dos, en sortant d'un bus. Elle présente une incapacité totale de travail depuis cette date.
3. Les conséquences de cet accident ont été prises en charge par la SUVA, assureur-accidents.
4. Le 18 janvier 2000, elle a consulté son médecin-traitant, le Dr L_____, généraliste, qui a diagnostiqué une distorsion lombaire avec éventuelle fissure vertébrale.
5. Selon le rapport du 16 juin 2000 du médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr M_____, chirurgien FMH, l'assurée souffrait d'une contusion lombaire dans le cadre d'un état préexistant de discopathies et de hernie discale sans phénomène compressif. L'effet délétère de l'accident n'était pas encore atteint et l'incapacité de travail était justifiée en l'état.
6. Le Dr N_____, neurochirurgien au Service de neurochirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG), a examiné l'assurée, notamment en septembre 2000, pour des plaintes de lombalgies basses avec irradiation douloureuses sur la face postérieure du membre inférieur droit, pour lesquelles les traitements entrepris étaient peu efficaces. Un épisode de blocage du dos au printemps 2000 était en outre évoqué. Ce médecin a indiqué qu'à l'examen "on ne retrouve que peu de signes, rien en tout cas dans le sens d'une compression radiculaire". Il a conclu à un syndrome lombaire en stade de chronicisation après un traumatisme banal et a proposé un traitement pluridisciplinaire.
7. L'intéressée a séjourné du 23 octobre au 1^{er} décembre 2000 à la Clinique romande de réadaptation générale (ci-après CRR) de Sion pour une prise en charge multidisciplinaire diligentée par la SUVA. Dans leur rapport daté du 21 décembre 2000, les Drs O_____, rhumatologue et médecine physique et réhabilitation, P_____, médecin-assistant, et Q_____, psychiatre, ont posé les diagnostics de lombalgies chroniques (M54.5), contusions lombaires (S30.0), hernie discale L4-L5 et état dépressif majeur (degré moyen) (F32.1). Les points de fibromyalgie se sont avérés négatifs. Le psychiatre a constaté chez l'intéressée une humeur nettement abaissée avec diminution de l'élan vital, des idées de ruine (santé physique) et vraisemblablement une fragilisation de l'estime d'elle-même, à priori sans idées suicidaires et sans caractéristique psychotique associée. Un traitement par antidépresseur oral (Zoloft 50 mg) a été instauré et le traitement antalgique a été

augmenté. A l'issue du séjour, l'état psychique et la symptomatologie douloureuse ont été stabilisés, de l'avis des médecins. Ils ont cependant jugé la reprise de travail impossible, en raison des troubles psychiques et de la symptomatologie douloureuse réfractaire. Ils ont attesté d'une incapacité de travail complète jusqu'à la fin de l'année 2000. Une réévaluation par le médecin-traitant en janvier 2001 a été proposée. La mise en place d'un suivi psychothérapeutique a été refusée par la patiente.

8. Par rapport du 31 janvier 2001, le Dr M_____ a constaté que l'assurée effectuait la marche sans boiterie, pouvait s'accroupir et s'agenouiller. Elle évoquait des douleurs au niveau lombaire notamment à la palpation lombaire basse et paralombaire à droite. L'inspection du dos révélait une discrète bascule du bassin à gauche et une scoliose dorso-lombaire à convexité droite dorsale. Le médecin trouvait une bonne répartition musculaire aux membres inférieurs, une forte réduction de la flexion antérieure du tronc en position debout, nettement moins visible lorsque l'examen était pratiqué sur le plan du lit. La patiente était par ailleurs capable de s'agenouiller et de s'accroupir totalement. Les lombalgies chroniques étaient à son avis en voie de stabilisation. Avant de clore le dossier de l'assurance-accidents, le Dr M_____ proposait d'attendre le rapport du Dr N_____.
9. Par lettre du 5 février 2001 adressée au médecin-traitant, le Dr N_____ a constaté une douleur exquise à la palpation de l'interligne épineux L4-L5 et L5-S1 avec relativement peu de douleurs à la palpation musculaire. Il a conclu à des lombalgies post-traumatiques chroniques rebelles au traitement conservateur. Il a évoqué avec l'assurée une consultation de la douleur. Il n'envisageait pas de geste chirurgical et ne voyait qu'une stratégie "des petits pas". Il n'a pas trouvé la patiente particulièrement dépressive et les signes de fibromyalgie étaient à son avis plutôt discrets.
10. Suite au rapport final du Dr M_____ du 21 mars 2001, par lequel ce médecin constatait l'absence de causalité naturelle entre les troubles psychogènes et l'accident, de même que l'extinction de l'effet délétère de l'accident sur les discopathies préexistantes, la SUVA a arrêté le paiement des indemnités journalières et la prise en charge des frais médicaux en faveur de l'assurée avec effet au 15 avril 2001.
11. Le 16 avril 2001, l'assurée s'est présentée auprès de la Caisse cantonale de chômage. Elle a été déclarée inapte au placement par décision du 21 septembre 2001.
12. Elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) en date du 22 juin 2001.

13. Le 25 février 2002, un scanner lombaire a mis en évidence une discopathie étagée prédominant en L4-L5 avec phénomène de vide discal et petite hernie paramédiane droite venant en contact de la racine L5 droite.
14. Dans son rapport médical du 12 mai 2002, le nouveau médecin-traitant de l'assurée, le Dr R_____, interniste, a estimé que sa patiente était totalement incapable de travailler et qu'on ne pouvait exiger d'elle une autre activité. Il a diagnostiqué des discopathies étagées au rachis lombaire avec hernie paramédiane droite L5, un status après contorsion et distorsion lombaire et un état dépressif. Il estimait que sa patiente pouvait tenir la position assise jusqu'à deux heures par jour, la position debout une heure, la même position pendant une heure également, alterner les positions et marcher jusqu'à 100 m, mais qu'elle ne pouvait se mettre à genoux, incliner le buste, se baisser ou s'accroupir, ni lever ou déplacer des charges de 2 à 3 kg, travailler en hauteur ou se déplacer sur un sol irrégulier. Elle ne pouvait tenir un horaire irrégulier. Ce médecin notait une faible motivation pour la reprise d'un travail ou un reclassement professionnel et prévoyait un important absentéisme.
15. En décembre 2002, l'assurée a subi une fracture bénigne du 5^{ème} orteil gauche suite à une chute d'un escabeau. Elle a également ressenti des douleurs dans l'épaule gauche.
16. Un examen clinique pluridisciplinaire, du 19 mai 2003, a été diligenté par l'OCAI au Service médical régional de l'assurance-invalidité du Léman (ci-après : SMR), afin que soit estimée la capacité de travail de l'intéressée tant sur le plan rhumatologique que psychiatrique. Les Drs S_____, interniste et diabétologue, T_____, interniste et rhumatologue, et U_____, psychiatre, ont diagnostiqué des lombosciatalgies D chroniques persistantes (M.51.1), des discopathies L4-L5 et L5-S1 avec protrusion discale médiane et paramédiane D à ces mêmes niveaux, des troubles dégénératifs cervicaux, une périarthrite scapulo-humérale à gauche avec conflit sous-acromial, une obésité et une hypercholestérolémie traitée. En ce qui concernait l'épaule gauche, ils n'ont relevé aucune amyotrophie évidente et la recourante pouvait effectuer un mouvement ample sans gêne. Selon eux, si les discrètes lésions dégénératives au niveau lombaire étaient incontestables, il n'existait pas une relation de causalité durable entre la chute banale et bénigne de l'assurée le 14 janvier 2000 et la persistance du syndrome douloureux majeur qu'elle continuait de présenter. S'agissant de cette persistance, une discordance importante existait entre l'importance des plaintes et la modicité des constatations strictement objectives qui pouvaient être faites. Même s'il existait certainement, de l'avis des experts, une fragilité lombaire bio-mécanique, l'importance du tableau douloureux annoncé par l'assurée parlait en faveur d'une amplification des plaintes. Le status psychiatrique de l'assurée mettait en évidence une thymie légèrement dépressive, ainsi que des insomnies en lien avec les douleurs. Aucun trouble de l'attention ou de la concentration n'était décelé, ni de troubles dépressifs ou anxieux, susceptibles de constituer une comorbidité déterminante au trouble douloureux

chronique. L'assurée ne présentait, par ailleurs, pas de trouble de la personnalité, constituant un caractère prémorbide à son statut algique. Les experts ont relevé que la chute de janvier 2000 faisait suite à des événements difficiles pour l'assurée, tels que les décès successifs de son père (1998) et de sa mère (1999) et le chômage après des années de travail stable. La situation de l'assurée s'est stabilisée après son retour à domicile de la CRR, apparemment sans prise d'antidépresseurs. La prise en charge psychothérapeutique que l'assurée avait commencée deux mois plus tôt (auprès de Madame H_____), couplée avec un traitement d'antidépresseurs, était trop récente pour qu'une amélioration déterminante dans son état psychique pût lui être attribuée. Par ailleurs, l'assurée avait gardé des contacts sociaux, en ce sens que, bien que restant beaucoup chez elle, elle sortait en promenade avec sa belle-fille et faisait ses courses avec son mari ou l'un de ses fils. S'il n'y avait pas, selon les experts, de limitations fonctionnelles déterminantes sur le plan psychiatrique, il existait une limitation fonctionnelle au niveau physique, consistant, pour le rachis lombaire, en la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, sans soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, sans port régulier de charges d'un poids excédant 15 kg, ni de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, et, pour l'épaule gauche, pas de travail se faisant régulièrement à plus de 60% de flexion et/ou d'abduction, pas de travail imposant un soulèvement régulier de charges, avec le membre supérieur gauche tendu, d'un poids excédant 5 kg. La capacité de travail de l'assurée a en conséquence été évaluée à 30% dans une activité de femme de ménage ou de nettoyeuse et de 80% dans une activité adaptée qui respecterait ses limitations fonctionnelles, en tenant compte d'une certaine diminution de rendement liée à l'état douloureux persistant.

17. Dans son rapport du 9 octobre 2003, le Dr S_____ a considéré, sans examen clinique, que l'assurée ne présentait plus d'état dépressif, alors qu'elle en avait présenté un, de degré moyen, en 2000. Au plan rhumatologique, subsistaient des lombosciatalgies droites chroniques et des troubles dégénératifs cervicaux, ainsi qu'une périarthrite scapulo-humérale gauche, entraînant une incapacité de travail dans la profession d'origine de 70%. Compte tenu des limitations fonctionnelles, il estimait la capacité de travail de l'assurée à 80%, sans existence de pathologie psychiatrique surajoutée. Il fixait la date de la réadaptation au 31 mars 2001.
18. Le 18 décembre 2003, le nouveau médecin-traitant de l'assurée (depuis septembre 2002), la Dresse V_____, généraliste, a diagnostiqué depuis 2000 une fibromyalgie, un état dépressif chronique, une discopathie et de l'arthrose au niveau L4-L5, et, depuis 1995, une hypercholestérolémie et une obésité. Elle a confirmé l'incapacité totale de travailler de sa patiente, tant dans son activité antérieure que dans une autre activité. Elle indiquait que tous les points de fibromyalgie étaient présents et notait une démotivation, de la tristesse et un syndrome polyalgique chez sa patiente. L'état de santé de celle-ci était stationnaire et aucune mesure n'était appropriée pour l'améliorer.

19. Du 22 décembre 2003 au 9 janvier 2004, l'intéressée a séjournée dans le Service de rhumatologie des HUG en raison d'une lombosciatalgie droite aiguë avec corrélation radioclinique moyenne, qui l'avait empêchée de se mouvoir. Les Drs W_____ et A_____ ont établi un rapport médical à ce propos le 12 janvier 2004, duquel il ressort que le status ostéo-articulaire consistait en contractions musculaires modérées au niveau lombaire, avec une palpation non douloureuse. La mobilisation du rachis était impossible en raison des douleurs. Au niveau neurologique, les réflexes ostéo-tendineux étaient présents et symétriques aux quatre membres. Le traitement conservateur, associé à la physiothérapie, avait permis une évolution lentement plus favorable. Une remobilisation avait été possible, avec une très nette diminution des douleurs, permettant à la patiente de rentrer chez elle. Les médecins précisait encore que si des douleurs intenses devaient réapparaître et/ou le déficit se péjorer, une réévaluation neurochirurgicale serait nécessaire.

20. Par décision du 3 février 2004, l'OCAI a rejeté la demande de rente de l'intéressée. Il a constaté une capacité résiduelle de travail dans l'activité habituelle de 30% et de 80% dans une activité adaptée. Le degré d'invalidité en résultant s'élevait à 24,20% et était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, l'assurée ne s'était pas montrée, selon l'OCAI, intéressée par des mesures professionnelles.

Le degré d'invalidité se fondait sur le rapport du 30 janvier 2004 de la réadaptation professionnelle de l'OCAI. Ce résultat était la comparaison du revenu sans invalidité, calculé sur la base du revenu statistique d'employée de maison selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2001 (ci-après : ESS), soit 41'821 fr., et du revenu avec invalidité, calculé sur le revenu statistique pour une femme exerçant dans l'industrie manufacturière (15-37) dans une activité de niveau 4 (selon l'ESS), pour un horaire hebdomadaire de 41,80 heures après indexation sur l'année 2001 (46'633 fr.), duquel avaient été retranchés 20% pour diminution de rendement et 15% pour réduction supplémentaire, ce qui représentait un montant de 37'307 fr.

21. Par courrier du 10 février 2004, le médecin-traitant de l'assurée a demandé à l'OCAI de reconsidérer sa décision et a attiré l'attention de l'Office sur l'hospitalisation de sa patiente en décembre 2003.

22. Par courrier du 18 février 2004, l'assurée a fait opposition à la décision précitée, Elle a contesté n'être pas intéressée par des mesures d'ordre professionnel et relevé qu'elle avait été hospitalisée du 22 décembre 2003 au 9 janvier 2004. Elle a produit diverses pièces, dont le rapport du Service de rhumatologie des HUG du 12 janvier 2004.

23. Le 1^{er} juin 2004, la Dresse B_____ du SMR a constaté une péjoration de l'état de santé de l'intéressée qui justifiait une incapacité de travail totale depuis le 17 décembre 2003, pour une durée d'environ 6 mois. Estimant que la situation

médicale n'était pas stabilisée, elle a proposé de demander au médecin-traitant un nouveau rapport médical complet au 17 juin 2004.

24. Par décision du 25 juin 2004, l'OCAI a admis l'opposition formée par l'assurée le 18 février 2004, a annulé sa décision du 3 février 2004 et a repris l'instruction du dossier en vue d'une nouvelle décision.
25. Le 9 juillet 2004, le médecin-traitant a confirmé l'incapacité de travail totale de sa patiente. Ce médecin a notamment retenu les diagnostics de fibromyalgie, de discopathie L4-L5 déficitaire et d'un état anxio-dépressif chronique. Elle a retenu qu'il était possible à l'assurée de tenir une position assise pendant une à deux heures, la tenue de la même position pendant vingt minutes, une alternance limitée des positions assis/debout et assis/debout/marche. En revanche, elle était dans l'impossibilité de s'agenouiller, d'incliner le buste, de se baisser, d'être accroupie, de faire des mouvements des membres ou du dos occasionnels, de travailler en hauteur, de se déplacer sur un sol irrégulier et de parcourir à pied plus d'un kilomètre.
26. Le 20 août 2004, la Dresse B_____ a proposé une expertise rhumatologique afin de déterminer si l'état de santé de l'assurée s'était aggravé six mois après un déficit moteur, dans la mesure où ce déficit n'était plus relevé par le médecin-traitant, contrairement à un état anxio-dépressif.
27. Dans le cadre d'une consultation le 5 novembre 2004, le Dr N_____, neurochirurgien, a constaté des douleurs à la palpation des différentes masses musculaires, sans réel déficit neurologique. A son avis, plusieurs facteurs interagissaient, soit un facteur psychogène associé à une fibromyalgie et de l'arthrose au niveau lombaire. Le traitement par antidépresseur, suivi par la patiente, lui paraissait adéquat.
28. A la demande de l'OCAI, les Drs C_____, rhumatologue et médecin-chef, et D_____, médecin-assistant rhumatologue, du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation de la Chaux-de-Fond (RMR) ont rendu une expertise le 1^{er} avril 2005. Les experts ont retenu un syndrome douloureux diffus chronique, des lombalgies chroniques, des discopathies L4-L5 et L5-S1 associées à une hernie discale L4-L5 paramédiane droite, une hypercholestérolémie, un antécédent d'hépatite médicamenteuse, une surcharge pondérale et un probable état dépressif. Les limitations en relation avec les troubles constatés concernaient un syndrome douloureux diffus chronique évoluant depuis plusieurs années, des lombalgies mécaniques sans signe d'une atteinte radiculaire irritative ou déficitaire des membres inférieurs, en relation avec des discopathies modérées de la charnière lombo-sacrée, ainsi qu'une hernie discale paramédiane droite en L4-L5, appuyant sur la partie antérieure droite du fourreau dural, sans compression radiculaire. Il était mentionné que l'assurée était traitée pour une dépression majeure et suivie par

un psychiatre. Pour l'évaluation de ce problème, les experts commandaient, au besoin, d'envisager une expertise psychiatrique. Selon eux, l'influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici consistait en une incapacité de 20%. En ce qui concernait d'autres activités, toutes celles sans port de charges lourdes de plus de 10 kg étaient exigibles, avec une diminution de rendement pouvant atteindre 20%. Dans un travail adapté, comme surveillante de chaînes de conserves, dans l'horlogerie ou la petite mécanique, l'activité était possible à 80%. Selon les experts, la patiente présentait une tendance dépressive sévère, qui semblait justifier un avis psychiatrique.

29. Le 20 juillet 2005, la Dresse B_____ a estimé que l'expertise rhumatologique confirmait la récupération de l'état de santé antérieur chez l'assurée et mettait en évidence une possibilité d'exercer une activité professionnelle adaptée à 80% dès le 1^{er} juillet 2004. Si le rhumatologue avait retenu un trouble douloureux chronique, l'examen psychiatrique au SMR n'avait, selon elle, pas mis en évidence de trouble psychique associé, ni de perte d'intégration sociale, de sorte que les conclusions du rapport SMR restaient valables dès le 1^{er} juillet 2004. Il convenait par ailleurs d'admettre une incapacité de travail totale du 17 décembre 2003 au 30 juin 2004 dans toute activité.
30. Par décision du 25 octobre 2005, l'OCAI a octroyé à l'assurée un quart de rente d'invalidité du 1^{er} au 31 mars 2004 et une rente entière du 1^{er} avril au 30 juin 2004, en reconnaissant une incapacité de travail entière mais passagère du 17 décembre 2003 au 30 juin 2004. Pour les périodes antérieure et postérieure, l'OCAI a retenu une capacité de travail de 80% dans un emploi adapté, générant un taux d'invalidité de 24%, insuffisant pour le droit à une rente. Ce taux résultait de la comparaison entre le revenu sans invalidité de 41'821 fr. et avec invalidité de 31'711 fr., conformément à sa décision du 3 février 2004.
31. Par acte du 7 novembre 2005, l'assurée a formé opposition à cette décision, alléguant que son état de santé ne lui permettait pas de travailler et produisant les certificats médicaux en sa possession.
32. Par courrier du 2 novembre 2005, le médecin-traitant de l'assurée est intervenu auprès de l'OCAI afin que celui-ci reconsidère sa décision. Elle constatait que l'état de santé de sa patiente avait eu plutôt tendance à se péjorer et n'imaginait pas qu'elle reprenne une activité professionnelle même à temps partiel. Elle relevait que l'assurée n'allait pas bien psychologiquement et qu'elle ne pouvait gérer ses douleurs et sa pathologie.
33. Par décision sur opposition du 22 mars 2006, l'OCAI a admis partiellement l'opposition de l'assurée, lui a reconnu le droit à une rente entière jusqu'au 31 juillet 2005 limitativement et non jusqu'au 30 juin 2004. Il a considéré que la seule évidence probante de la récupération de la capacité de travail de l'assurée, suite à

l'aggravation transitoire de son état de santé dès le 17 décembre 2003, était l'expertise du RMR du 1^{er} avril 2005. La suppression de la rente intervenait donc le 31 juillet 2005 selon les règles de l'assurance-invalidité.

34. Par acte du 4 mai 2006 par devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : le Tribunal), l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle a conclu principalement, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision entreprise, à la réouverture des enquêtes, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique sur sa personne et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. A l'appui de son recours, elle a fait valoir que plusieurs rapports médicaux mettaient en évidence son état dépressif, ce qui aurait dû amener l'OCAI à diligenter une expertise psychiatrique. Enfin, elle a expliqué avoir été suivie par un psychiatre depuis le 14 janvier 2000 et allégué une perte de son intégration sociale en raison de son incapacité de travail.
35. Par réponse du 29 mai 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours, considérant que les arguments soulevés par la recourante ne lui permettaient pas d'apprécier différemment son cas. Selon lui, l'expertise du SMR du 19 mai 2003 était suffisante pour l'évaluation psychiatrique, relevant que la recourante n'avait pas produit de rapport médical émanant d'un médecin-psychiatre, mais uniquement de son médecin-traitant, généraliste.
36. Le 6 juillet 2006, le Tribunal a requis de la recourante l'identité des médecins psychiatres qu'elle avait consultés, avec indication des périodes correspondantes.

Suite à la liste remise au Tribunal le 11 juillet 2006, le Tribunal a prié les Drs E_____, F_____, psychiatres, et Madame H_____, psychothérapeute, de lui indiquer leur diagnostic psychiatrique concernant leur patiente, l'influence de celui-ci sur la capacité de travail avec mention du pourcentage et le traitement proposé. La recourante a précisé qu'elle était actuellement suivie par le Dr H_____, psychiatre et psychothérapeute.

37. Par mention du 8 septembre 2006, le Dr E_____ a indiqué n'avoir jamais rencontré la recourante et précisé avoir arrêté son activité professionnelle le 30 mars 2005.
38. Par rapport du 1^{er} octobre 2006, LOSS-H_____, qui a indiqué avoir vu la recourante à deux reprises les 9 avril et 1^{er} mai 2003, a posé le diagnostic de dépression moyenne avec anxiété et a indiqué avoir prescrit la prise de Fluctine, renvoyant au médecin-traitant pour la question des arrêts de travail.
39. Dans son rapport du 26 septembre 2006, le Dr F_____ a diagnostiqué un état dépressif d'intensité moyenne lors des consultations des 3 et 10 novembre 2005, qui entraînait une incapacité de travail de 100%. Le traitement proposé consistait en la prise d'un antidépresseur.

40. Par courrier du 29 janvier 2007, le Tribunal a informé les parties qu'il entendait confier une expertise psychiatrique au Dr I_____, psychiatre et psychothérapeute FMH et médecin adjoint au Département de psychiatrie des HUG.
41. Par réponse du 14 février 2007, l'OCAI a demandé la récusation de cet expert car son impartialité n'était selon lui pas garantie du fait qu'il était non seulement employé des HUG mais encore médecin-chef des médecins qui avaient traité précédemment la recourante. En outre, l'intimé présentait une liste de questions complémentaires à poser à l'expert qui serait désigné.
42. Interpellé par le Tribunal, par courrier du 27 février 2007, à préciser l'identité des médecins vis-à-vis desquels l'impartialité du Dr I_____ ne semblait pas garantie ainsi que les raisons motivant la demande d'un autre expert, l'intimé a exposé que les Drs E_____ et H_____ étaient introuvables comme médecins installés dans le canton de Genève. Il fallait ainsi présupposer que ces derniers travaillaient ou avaient travaillé au sein des HUG, de sorte que l'expert pouvait être influencé par leur appréciation. En outre, le Dr I_____ n'effectuait pas toujours, selon l'intimé, ses expertises lui-même mais les déléguait à des collègues moins expérimentés. L'OCAI estimait ainsi judicieux de désigner un autre expert vu la complexité de l'affaire.
43. Par ordonnance d'expertise du 3 avril 2007, le Tribunal a préalablement déclaré le recours recevable puis désigné en qualité d'expert le Dr I_____, lui confiant la mission de répondre à une série de questions. En ce qui concernait le choix de l'expert, le Tribunal a retenu que le Dr I_____ effectuait personnellement ses expertises et que si une expertise devait être déléguée à un autre médecin, le nom de ce dernier serait préalablement soumis aux parties. S'agissant de l'impartialité de l'expert, le Tribunal a précisé que le Dr E_____ n'exerçait plus depuis 2005 et que Madame H_____ n'était pas médecin mais psychothérapeute. Aucun n'était ainsi rattaché aux HUG. En l'absence d'autres éléments, l'impartialité de l'expert ne pouvait être mise en doute. En ce qui concernait le bien-fondé d'une expertise judiciaire, le Tribunal a estimé que l'expertise du SMR de mai 2003 entraînait en contradiction avec plusieurs avis médicaux sans emporter sa conviction. En outre, cette expertise n'était pas pertinente pour déterminer la capacité de travail et de gain de la recourante, compte tenu des constatations des experts rhumatologues du RMR d'avril 2005.
44. L'expert psychiatre a rendu son expertise en date du 11 juin 2007, retenant les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant de degré moyen à sévère (F45.4) et d'épisode dépressif majeur de degré moyen (F32.1). Il a exclu un trouble de la personnalité. Il a indiqué que la recourante avait pleuré presque continuellement pendant les deux premiers entretiens puis s'était contenue lors du troisième et dernier entretien et s'était montrée plus coopérante. Elle avait

cependant exprimé la même douleur et le besoin de changer de position. Elle avait répondu brièvement aux questions et présentait de discrets troubles mnésiques. En ce qui concernait le syndrome somatoforme douloureux, l'expert s'est référé au rapport d'expertise du RMR du 1^{er} avril 2005 pour indiquer qu'il était apparu postérieurement aux lombalgies. Il a précisé que ce syndrome avait été pris en charge de manière adéquate par des traitements physiques et médicamenteux. Quant à l'état dépressif, la recourante avait invoqué une perte de plaisir, une fatigabilité, une souffrance à ne rien faire, à ne servir à rien, une tendance à grignoter toute la journée et des troubles du sommeil. L'expert a en outre constaté objectivement de discrets troubles mnésiques et après une heure d'entretien, un relâchement de l'attention. Il a relevé que l'évolution de l'état dépressif était marquée par des fluctuations d'intensité et qu'il était ainsi difficile d'en délimiter de manière précise le décours dans le temps. Diagnostiqué pour la première fois en novembre 2000, l'état dépressif majeur de degré moyen avait connu, à son avis, une rémission partielle probablement due à la prise de Zoloft, puis de Fluctine à partir de mars 2003, jusqu'à la modification du traitement par le Dr H_____ courant 2006. L'expert a estimé que cet état dépressif était réactionnel au syndrome douloureux et qu'il en avait suivi le cours évolutif. Il a précisé que la recourante avait pris un traitement médicamenteux entre 2003 et 2006 et consulté à quelques reprises un-e psychothérapeute sur recommandation de son médecin-traitant, mais que, cependant, les critères étaient toujours présents. Cet état dépressif était aujourd'hui assez intense et marqué pour représenter une véritable comorbidité psychiatrique. Selon lui, les critères d'un épisode dépressif majeur (de degré moyen) au sens de la CIM-10 étaient remplis, ce qui signifiait que le trouble de l'humeur était plus sévère que celui généralement constaté dans l'évolution d'un trouble somatoforme douloureux. L'expert a indiqué se fonder sur son évaluation clinique et sur le fait que la symptomatologie dépressive était présente en dépit d'une prise en charge spécialisée et d'un traitement médicamenteux spécialisé. En raison de la sévérité des troubles douloureux et thymiques, l'expert proposait une augmentation de la posologie de l'Efexor, ce qui pouvait permettre d'amender légèrement la symptomatologie dépressive, sans toutefois pouvoir atteindre une amélioration clinique très significative à moyen ou long terme et sans avoir un impact sur la capacité de travail. La dépression chronique et résistante contribuait, avec le syndrome douloureux auquel elle était associée, à la perte totale de la capacité de travail de l'assurée. S'agissant de l'incapacité de travail, l'expert a proposé de prendre comme repère le début du traitement par le Dr H_____ à la fin juillet 2006, tout en indiquant que ses réponses auraient été les mêmes lors de la décision sur opposition du 22 mars 2006, car les éléments à disposition l'amenaient à penser que les troubles psychiatriques étaient alors aussi marqués. L'élément nouveau depuis lors était l'adhésion de la recourante au traitement psychiatrique. Après une année de suivi, l'état clinique de celle-là tendait à inciter l'expert à un pronostic peut-être plus réservé qu'il ne l'aurait été en mars 2006. L'expert a considéré que des mesures de réadaptation professionnelle étaient vouées à l'échec.

En ce qui concernait le trouble somatoforme douloureux, il a qualifié les lombosciatalgies d'affections corporelles chroniques, lesquelles constituaient un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission. Il n'a pas retenu de perte d'intégration sociale chez la recourante car celle-ci conservait une insertion sociale à travers les liens familiaux, malgré un isolement et un repli sur soi liés aux affections psychiques. S'agissant de l'état psychique, l'expert l'a jugé cristallisé en raison de la chronicité de la dépression, sans évolution favorable possible. Il a estimé que les traitements somatiques et psychiatriques avaient permis de stabiliser l'évolution du syndrome douloureux chronique mais sans avoir d'influence favorable sur la capacité de travail. Selon lui, la dépression actuelle privait la recourante de la capacité de surmonter ses douleurs et il ne pouvait être exigé qu'elle réintègre le monde du travail. La recourante n'avait pas, de l'avis de l'expert, les ressources psychiques nécessaires à la recherche et à l'exercice d'une activité lucrative.

45. Par courrier du 2 juillet 2007, la recourante a relevé que l'expert confirmait le diagnostic d'épisode dépressif majeur de degré moyen, lequel était aujourd'hui assez marqué pour représenter une comorbidité psychiatrique, de sorte qu'il ne pouvait être exigé d'elle qu'elle réintègre le monde du travail. Elle a pour le surplus persisté dans ses conclusions.
46. Par courrier du 13 juillet 2007, l'intimé a considéré que le rapport d'expertise ne permettait pas d'admettre que la recourante souffrait d'une pathologie psychiatrique invalidante. Il a estimé que le critère de comorbidité ne pouvait être retenu car l'état dépressif était réactionnel au syndrome douloureux et ne pouvait être considéré comme un diagnostic séparé. S'agissant des autres critères dont le cumul était exigé par la jurisprudence, l'intimé s'est fondé sur l'avis de la Dresse B _____, annexé à son courrier, pour considérer que l'état psychique n'était pas cristallisé. En outre, le critère de perte d'intégration sociale n'était pas donné et toute évolution de l'état de santé n'était pas impossible en raison de traitements médicaux. Il a ainsi considéré qu'une mise en valeur de la capacité de travail de la recourante devait être admise.

Annexé à ce courrier, l'avis médical de la Dresse B _____ du 25 juin 2007 exposait que l'expertise avait été réalisée principalement sur les dires de l'assurée. L'anamnèse psychiatrique était, de l'avis de ce médecin, très faible. Cependant, si la Dresse B _____ ne contestait pas l'existence d'un syndrome somatoforme douloureux, elle estimait que l'état dépressif était réactionnel et n'était pas une maladie invalidante autonome. Elle a également contesté la gravité de cet état dépressif, précisant que l'expert ne pouvait retenir un état cristallisé sans avoir procédé à une évaluation psycho-dynamique. Elle estimait que l'évolution de l'état de santé était possible au niveau psychique puisque la recourante présentait une fuite dans la maladie. Enfin, l'expert ne répondait pas, selon elle, à la question de

l'échec du traitement, relevant à ce propos que la recourante connaissait une amélioration de son état lorsqu'elle adhérait au traitement.

47. En date des 5 septembre, 22 octobre et 27 novembre 2007, le Tribunal a demandé à l'expert de lui faire part de sa détermination sur les avis de l'intimé et du SMR, en particulier sur l'absence d'évaluation psycho-dynamique, sur l'état psychique cristallisé et le caractère principalement réactif de la dépression par rapport au trouble somatoforme douloureux.
48. Dans son complément à l'expertise du 7 janvier 2008, l'expert a précisé que l'anamnèse s'était construite à partir d'éléments contenus dans le dossier médical et d'informations obtenues directement de l'expertisée, ainsi que par la confrontation de ces deux sources. S'agissant du lien entre trouble somatoforme douloureux et dépression, il a relevé que la dichotomie « maladie/réaction » avait été abandonnée au profit d'une entité unique, caractérisée par sa forme clinique et évolutive. Il a indiqué que l'expertisée présentait un ensemble de signes et de symptômes ne se limitant pas à un sentiment de détresse mais incluant d'autres caractéristiques cliniques bien repérables qui n'étaient pas systématiquement associés au syndrome douloureux somatoforme persistant. Se fondant sur la doctrine médicale, il a considéré que le caractère réactif ou non de la dépression n'avait aucune pertinence diagnostique. Le fait que la dépression était chez la recourante consécutive à l'apparition du syndrome somatoforme douloureux représentait un facteur bien identifié de mauvais pronostic et de résistance au traitement. En ce qui concernait l'état cristallisé, l'expert a précisé que l'état psychique de l'expertisée n'était pas susceptible d'évoluer au plan thérapeutique dans la mesure où ses capacités de « coping » étaient inadéquates et dépassées, avec des mécanismes cognitifs inadaptés et rigides, en partie causes de la chronicité des troubles et tendant à les renforcer, instituant un cercle vicieux. Cette appréciation avait valeur, selon lui, d'évaluation psycho-dynamique.
49. Par réponse du 28 février 2008 à ce complément d'expertise, l'intimé a exposé se rallier à l'avis du SMR du 15 février 2008, annexé à son courrier.

Cet avis émanait de la Dresse B_____, laquelle a confirmé que l'anamnèse psychiatrique de l'expert mêlait éléments du dossier et dires de l'assurée. Elle a indiqué que ce dernier n'avait pas analysé les pièces du dossier ni expliqué d'éventuelles divergences. Il n'avait en outre pas analysé le caractère volontairement flou des réponses de l'assurée. Ce médecin a contesté au surplus l'avis de l'expert selon lequel il n'y aurait pas de confusion entre tristesse et dépression. Elle a considéré en particulier que le diagnostic d'épisode dépressif moyen ne pouvait être retenu par l'expert, car les critères pertinents de la CIM-10, exigés par la jurisprudence du Tribunal fédéral, faisait défaut chez la recourante. Elle a constaté en effet pour sa part une humeur dépressive, accompagnant le trouble somatoforme douloureux, et non une maladie dépressive incapacitante. Si elle a retenu une

diminution de l'intérêt et du plaisir, elle a nié une augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité, dans la mesure où l'expert n'en avait pas fait une constatation objective, mais que cela ressortait uniquement des dires de l'assurée. En outre, l'expert n'avait pas, selon elle, décrit une diminution de la concentration ou de l'attention, ni indiqué une diminution de l'estime de soi ou de la confiance en soi, ou la présence d'idées de culpabilité ou de dévalorisation. La Dresse B_____ n'a pas relevé d'idées ou d'actes auto-agressifs ou suicidaires ni de diminution de l'appétit, mais une attitude morose et pessimiste face à l'avenir et une perturbation du sommeil. Ainsi, les critères objectivés étaient insuffisants pour permettre de diagnostiquer un épisode dépressif moyen. Enfin, l'état cristallisé nécessitait selon elle une évaluation psycho-dynamique puisque relevant de la psychanalyse et non de la psychiatrie au sens de la CIM-10, de sorte qu'en l'absence d'une telle évaluation, aucune réponse formelle ne pourrait être apportée. Enfin, s'agissant de l'échec thérapeutique, elle a indiqué ne pas savoir si tout avait été mis en œuvre pour essayer tous les traitements à disposition, avec évaluation de l'efficacité au niveau sanguin. En résumé, elle a confirmé le diagnostic de syndrome douloureux persistant mais a écarté celui d'épisode dépressif moyen.

50. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'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 fédérale 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 la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. En l'espèce, la décision sur opposition litigieuse, du 22 mars 2006, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. Conformément au principe général de droit transitoire, selon lequel - même en cas de changement des bases légales - les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, il y a lieu d'examiner le droit à une rente au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329). Pour les mêmes motifs, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, sont applicables. Les règles de procédure de la LPGA s'appliquent quant à elles 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).

3. Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 à 60 et 38 al. 4 let. a LPGA).
4. Par sa décision sur opposition, l'intimé a admis partiellement l'opposition de la recourante. Il a confirmé l'octroi d'un quart de rente du 1^{er} au 31 mars 2004 et prolongé l'octroi de la rente entière du 1^{er} avril 2004 jusqu'au 31 juillet 2005 limitativement.

Est en l'occurrence litigieux le droit à la rente d'invalidité de la recourante, en particulier, pour la période antérieure et postérieure à la rente qui lui a été octroyée du 1^{er} mars 2004 au 31 juillet 2005.

5. 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 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 LAI (en liaison avec l'art. 8 LPGA). S'agissant de la reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants, elle suppose d'abord, comme toute maladie psychique, la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire

tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 81, note 135, sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (Arrêt du Tribunal fédéral du 20 avril 2006 n° I 805/04, consid. 5.2.1; voir également Q_____, A propos de l'article de Jean PIRROTTA «Les troubles somatoformes douloureux du point de vue de l'assurance-invalidité», in SZS/RSAS 2006 p. 135).

6. a) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Aux termes de l'art. 29 al.1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins (a), ou a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (b). La rente est au surplus allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance (al. 2).

b) En cas de modification du droit à la rente, l'art. 88a du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI) prévoit que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie du droit aux prestations de l'assuré 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. Si la capacité de gain ou l'impotence d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie. Cet article précise que si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 29, al. 1, LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

c) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction - ou l'abrogation - de cette rente, correspond à une décision de révision au sens des art. 41 LAI - abrogé au profit de l'art. 17 LPGA - (ATFA du 30 avril 2002, I 340/01, consid. 1 et références). Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

7. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge apprécie en outre la légalité des décisions attaquées, sauf exceptions, d'après l'état de fait existant au moment où la décision sur opposition litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b; RAMA 2001 n° U 419 p. 101). Il 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. Si les rapports médicaux sont 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 plutôt qu'une autre (ATF 125 V 352 consid. 3a). 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 cité 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 judiciaire ou administrative, 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).

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).

8. En l'espèce, la recourante souffre d'affections physiques (a) et psychiques (b).

a) S'agissant de l'état de santé physique, l'intimé a requis deux expertises rhumatologiques, l'une s'inscrivant dans le cadre d'une expertise bidisciplinaire confiée au SMR de mai 2003, l'autre d'avril 2005 menée par le RMR.

Les deux expertises précitées emportent la conviction du Tribunal. Elles répondent en effet aux exigences jurisprudentielles en la matière. Elles reposent sur une connaissance approfondie du dossier médical, contiennent une anamnèse détaillée, tiennent compte des plaintes de la recourante et présentent des conclusions claires et bien motivées. Il en ressort que la recourante souffre de lombosciatalgies chroniques sans signes d'atteinte radiculaire irritative ou déficitaire des membres inférieurs, de discopathies modérées L4-L5 et L5-S1 associées à une discrète hernie discale L4-L5 paramédiane droite, ainsi que d'hypercholestérolémie et d'une surcharge pondérale. S'agissant de la fibromyalgie, mentionnée par le médecin-traitant de la recourante dès décembre 2003, elle n'a pas été retenue à titre de diagnostic par un rhumatologue, condition essentielle à la reconnaissance de cette affection selon la jurisprudence. Cela étant précisé, un trouble somatoforme douloureux, lequel présente de grandes similitudes avec la fibromyalgie, a été confirmé par l'expert judiciaire et sera examiné dans le cadre des atteintes à la santé psychiques de la recourante (ci-après point b). La périarthrite scapulo-humérale avec conflit sous acromial retenu par les experts du SMR en 2003 n'a pas été confirmée par les experts du RMR en 2005, lesquels ont cependant constaté des douleurs à l'épaule gauche. Les limitations fonctionnelles découlant des affections physiques susmentionnées consistent en la nécessité de pouvoir alterner la position assise et la position debout, sans soulèvement de charges d'un poids excédant 15 kg (SMR) ou 10 kg (RMR). Le SMR prévoit encore l'impossibilité d'un travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, et, pour l'épaule gauche, pas de travail

imposant un soulèvement régulier de charges, avec le membre supérieur gauche tendu, d'un poids excédant 5 kg. Le SMR retient une incapacité de l'ordre de 70% dans une activité de femme de ménage ou de nettoyeuse. Le SMR et le RMR, d'une façon concordante, estiment la capacité de travail de la recourante à 80% dans une activité adaptée aux limitations retenues. S'agissant de la date de réadaptation, elle a été arrêtée au mois de mars 2001 par le Dr S_____ (rapport du 9 octobre 2003).

Aucun rapport ne remet en cause l'appréciation des experts. L'incapacité complète de travail attestée par les médecins de la CRR en date du 21 décembre 2000 a pour causes les troubles psychiques et la symptomatologie douloureuse et ne vaut que jusqu'à fin 2000, en attendant une réévaluation du médecin-traitant. Au 31 janvier 2001, le Dr M_____ a constaté que la recourante marchait sans boiterie, pouvait s'accroupir et s'agenouiller et a estimé que les lombalgies étaient en voie de stabilisation. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail, ni d'ailleurs le Dr N_____, dans son rapport du 5 février 2001, lequel a constaté une douleur exquise à la palpation de l'interligne épineux L4-L5 et L5-S1 avec relativement peu de douleurs à la palpation musculaire. L'avis du médecin-traitant de l'époque, le Dr R_____, qui a conclu à une incapacité de travail totale pour sa patiente dans son rapport du 12 mai 2002, ne contient pas d'éléments concrets supplémentaires sur le plan somatique qui permettraient de mettre en doute les résultats des experts. La chute que la recourante a faite en décembre 2002, qui a entraîné une fracture bénigne du 5^{ème} orteil gauche puis des douleurs dans l'épaule gauche, n'a pas modifié l'évaluation de la capacité de travail. L'avis de la Dresse V_____ du 18 décembre 2003, selon lequel sa patiente était toujours totalement incapable de travailler, ne contient pas non plus d'éléments concrets qui permettraient de douter des conclusions des experts. En outre, la fibromyalgie évoquée par ce médecin n'a pas, comme indiqué précédemment, été retenu à titre de diagnostics par les spécialistes.

Dès le 17 décembre 2003, la recourante a connu un épisode de lombosciatalgie droite aiguë L5 déficitaire dans un contexte de protrusion discale paramédiane droite qui a nécessité une hospitalisation du 22 décembre 2003 au 9 janvier 2004. Il s'agit d'une aggravation temporaire de l'état de la recourante qui a entraîné une totale incapacité de travail dès cette date, admise par le SMR. La preuve de l'amélioration de l'état de santé de la recourante a été apportée par l'expertise rhumatologique du RMR du 1^{er} avril 2005, comme l'a justement retenu l'intimé. L'expertise RMR ne retient pas d'aggravation entre l'état de santé évalué avant décembre 2003 et après l'épisode de lombalgies aiguës. L'appréciation des experts SMR et RMR portant sur la capacité de travail de la recourante ne peut dès lors qu'être suivie, à l'instar de ce qu'a considéré l'intimé, sous réserve des conséquences de l'état psychique de la recourante sur sa capacité de travail et de gain, point examiné ci-après.

Il résulte de ce qui précède que la recourante a connu sur le plan somatique une incapacité de travail dans sa profession de 70% dès le 14 janvier 2000, puis une capacité dans une activité adaptée de 80% dès mars 2001, mois marquant, selon le Dr S_____ (rapport du 9 octobre 2003) le début de l'aptitude à la réadaptation. L'état de la recourante s'est à nouveau aggravé dès le 17 décembre 2003, provoquant une incapacité de travail total de cette date jusqu'au 31 mars 2005.

b) S'agissant de son état de santé psychique, la recourante allègue qu'elle souffrait d'un état dépressif sévère déjà en 2002 et que ses ressources mentales et psychiques ne sont nullement suffisantes pour enrayer ses souffrances corporelles. Elle indique que cet aspect n'a plus été réellement examiné par les spécialistes désignés par l'intimé.

Le Tribunal de céans a considéré qu'une expertise psychiatrique était nécessaire, laquelle a été réalisée par le Dr I_____ le 11 juin 2007, puis complétée le 27 janvier 2008.

L'expertise du Dr I_____ se fonde sur trois entretiens personnels avec la recourante, sur une anamnèse complète et prend en considération les plaintes de la patiente. L'anamnèse psychiatrique repose à la fois sur les informations obtenues directement de l'expertisée et sur des éléments du dossier médical, démarche rendue nécessaire, selon l'expert, en raison du caractère imprécis et lacunaire des informations obtenues directement de la patiente. L'expert a pris soin d'indiquer clairement ses sources en regard de chaque information et cette méthode permet de retracer l'histoire pathologique de la recourante. Cette expertise répond ainsi aux critères jurisprudentiels pour qui lui soit reconnue une pleine valeur probante.

L'intimé critique cependant cette expertise, en particulier l'anamnèse psychiatrique, le diagnostic de dépression, son évaluation comme comorbidité psychiatrique au syndrome somatoforme douloureux et enfin la question de la cristallisation de l'état psychique de la recourante. L'OCAI estime que l'expertise du SMR de 2003 garderait toute sa pertinence pour apprécier l'état de santé psychique de la recourante. Ces critiques ne résistent cependant pas à l'examen.

En effet, l'expert a posé des diagnostics clairs (trouble somatoforme douloureux persistant de degré de gravité de moyen à sévère [F45.4] et épisode dépressif majeur de degré moyen [F32.1]) et a indiqué les raisons pour lesquelles il les retenait. Ces diagnostics, notamment celui d'épisode dépressif majeur de degré moyen, ont en outre également été posés par de nombreux médecins ayant examiné la recourante (cf. rapport du 21 décembre 2000 du Dr Q_____ - état dépressif majeur de degré moyen -; rapport du 3 octobre 2002 du Dr S_____ - état dépressif majeur de degré moyen -; rapport du 18 décembre 2003 de la Dresse V_____ état dépressif chronique -; expertise du 1^{er} avril 2005 des Drs J_____ et D_____ - probable état dépressif -; rapport du 26 septembre 2006

du Dr F_____, - état dépressif d'intensité moyenne -). En outre, il y a lieu de relever que la Dresse B_____ n'est pas psychiatre et n'a pas examiné la recourante. Son avis a donc moindre valeur probante que celui du Dr I_____. Par ailleurs, l'anamnèse de l'expertise est complète et détaillée et ne prête pas flanc à la critique. Enfin, les autres critiques se rapportent à l'appréciation du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux, soit une question qui échappe au domaine médical.

Ainsi, au vu de ce qui précède, l'expertise judiciaire du Dr I_____, claire et précise, convainc le Tribunal de céans et il convient de constater qu'elle a pleine valeur probante selon les critères jurisprudentiels en la matière. Cependant, comme on le verra ci-après, point n'est besoin de déterminer, juridiquement, si le trouble somatoforme douloureux associé à la dépression a valeur de maladie invalidante au sens de l'assurance-invalidité. D'un point de vue médical, l'expert I_____ a estimé que la dépression contribue, avec le syndrome douloureux auquel elle est associée, à la perte totale de la capacité de travail. S'agissant du début de l'incapacité, l'expert précise que l'épisode dépressif a suivi des fluctuations; il se réfère au début du traitement par le nouveau psychiatre de la recourante à fin juillet 2006 pour poser le début de l'incapacité totale de travail. Il explique cependant que les troubles psychiatriques étaient aussi marqués en mars 2006, moment de la décision sur opposition, de sorte qu'il n'aurait pas modifié son appréciation s'il avait eu à se prononcer à cette date. Force est ainsi de constater que la recourante a subi, selon l'expert et d'un point de vue médical, une incapacité totale de travail en raison du trouble somatoforme douloureux et de la dépression dès le mois de mars 2006.

Il ressort de ce qui précède que la question du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux et de l'épisode dépressif majeur de degré moyen, d'un point de vue juridique, peut souffrir de rester indéterminée en l'espèce, dès lors qu'à la date de la décision sur opposition, le 22 mars 2006, la recourante ne remplit pas les conditions prévues à l'art. 29 LAI, selon lesquelles le droit à une rente n'est ouvert notamment qu'à la condition que l'assuré ait présenté une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année, même si elle devait être reconnue comme totalement incapable de travailler depuis mars 2006, pour des raisons psychiques. Il convient encore de préciser que l'art. 29bis RAI n'est pas applicable en l'espèce, dès lors que l'incapacité de travail dès mars 2006 est due à des troubles somatoformes douloureux, dont il y a lieu de constater qu'ils n'étaient pas à l'origine de l'invalidité pour laquelle une rente avait été précédemment allouée à la recourante (cf. ATF du 22 juillet 2003, I 304/03).

9. a) Reste dès lors à déterminer le droit à la rente d'invalidité pour la période précédant mars 2006, soit le taux d'invalidité correspondant à chacune des périodes d'incapacité de la recourante.

Il découle des affections tant psychiques que physiques que la recourante a connu des périodes d'incapacité puis de capacité variant au fil des ans. Ainsi, elle a connu une incapacité dans son activité habituelle de 70% du 14 janvier 2000 à la fin du mois de février 2001, puis une capacité de 80% dans une activité adaptée du mois de mars 2001 au 17 décembre 2003, puis une totale incapacité de cette date au 1^{er} avril 2005, puis à nouveau une capacité de 80% dans une activité adaptée jusqu'à février 2006, puis enfin, au plus tôt et le cas échéant - cette question n'ayant pas été tranchée en l'occurrence - dès mars 2006, une totale incapacité de travail.

b) 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'invalidé 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b). Hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. C'est pourquoi, il convient en règle générale de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en prenant en considération l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 1997, p. 205 et 206). Certaines circonstances peuvent toutefois justifier qu'on s'en écarte. Il n'est ainsi pas admissible de se baser sur le dernier salaire lorsque celui-ci ne correspond manifestement pas à ce que l'assuré aurait été en mesure de réaliser, au degré de la vraisemblance prépondérante, s'il n'était pas devenu invalide, compte tenu de sa situation personnelle et de ses aptitudes professionnelles; par exemple lorsque avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, il a rencontré des difficultés professionnelles en raison d'une aggravation progressive de son état de santé (RCC 1985 p. 662 ss.)

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 s. consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; VSI 1999 p. 182). La comparaison des revenus hypothétiques déterminants au sens de l'art. 28 LAI s'opèrent à la date de l'ouverture du droit éventuel à une rente, sous réserve de la modification significative des données hypothétiques déterminantes intervenue durant la période postérieure à l'ouverture du droit (ATF 128 V 174; ATFA du 3 février 2003 n° I 670/01). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de

l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 79 s. consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b).

c) S'agissant de la période du 14 janvier 2000 au 28 février 2001, la recourante s'est trouvée en incapacité de travail dans son activité habituelle de 70%. Ce taux correspond à son incapacité de gain. Elle a ainsi droit à une pleine rente en application de l'art. 28 LAI, qui prend cependant naissance après le délai de carence d'une année prévu à l'art. 29 al. 1 let. b LAI, soit dès le 14 janvier 2001. Comme la recourante a connu, postérieurement, une amélioration de sa capacité de gain, sa pleine rente sera maintenue encore trois mois, en vertu de l'art. 88a al. 1 RAI, à savoir jusqu'au 31 mai 2001.

d) En ce qui concerne la période du 1^{er} mars 2001 au 17 décembre 2003, durant laquelle la recourant présentait une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, il convient de se référer aux salaires statistiques, comme l'a retenu l'OCAI, car le revenu réel de la recourante est difficile à établir, celle-ci n'ayant pas repris d'activité depuis 1998. Contrairement à ce qu'a retenu l'intimé, il se justifie d'évaluer le revenu sans invalidité en prenant en compte les activités de nettoyage et l'hygiène publique pour les femmes (Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2000, TA7 35, niveau 4), dans la mesure où la recourante a travaillé exclusivement dans ce secteur. Pour le revenu avec invalidité, il sera fait référence aux activités dans les industries manufacturières, dans la mesure où il concerne le salaire auquel peuvent prétendre les femmes effectuant de telles activités dans le secteur privé (ESS 2000, TA1 15-37, niveau 4). Ce type d'activité regroupe en effet les activités mises en évidence par les experts comme étant adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante (surveillante de chaînes de conserve, dans l'horlogerie ou la petite mécanique - expertise RMR).

Le revenu sans invalidité dans le nettoyage et l'hygiène publique s'élève à 3'586 fr. par mois, ou 43'032 fr. par an (ESS 2000, TA7, niveau 4 pour les femmes). Compte tenu de la durée hebdomadaire usuelle dans les entreprises en 2000 de 41,8 heures, et non de 40 heures (La Vie économique, B9.2), ce revenu doit être porté à 44'968 fr. 44. Après l'adaptation à l'évolution des salaires des femmes pour 2001, ce revenu s'élève à 46'097 fr. 78 (2245:2190, ESS, Indice des salaires nominaux, TA1.39).

Le revenu avec invalidité dans l'industrie manufacturière (ESS 2000, TA1 15-37, niveau 4 pour les femmes) est de 3'600 fr. par mois ou 43'200 fr. par an, en 2000. Compte tenu de la durée hebdomadaire usuelle dans les entreprises en 2000 de 41,8

heures (La Vie économique, B9.2), ce revenu doit être porté à 45'144 fr. Après l'adaptation à l'évolution des salaires des femmes en 2001, ce revenu s'élève à 46'277 fr. 75. (2245:2190, ESS, Indice des salaires nominaux, TA1.39). Pendant la période du 1^{er} mars 2001 au 17 décembre 2003, la recourante a connu une incapacité de 20% dans l'activité adaptée. Ce salaire statistique doit être porté à 37'022 fr. 20 (46'277 fr. 75 - 9'255 fr. 55 [20%]), sur lequel il convient, comme l'a admis l'intimé, de procéder à une pondération de 15% afin de tenir compte de l'âge de la recourante (née en 1951), de son impossibilité à porter plus de 15 kg et la nécessité pour elle d'alterner les positions, ce qui porte ce salaire à un montant de 31'468 fr. 87 (37'022 fr. 20 - 5'553 fr. 33 [15%]). Le taux d'invalidité en résultant est dès lors de 31,73%, et non de 24,2% comme l'a retenu l'intimé. Ce taux est cependant insuffisant pour le maintien du droit à une rente, même partielle.

e) Pour la période du 17 décembre 2003 au 1^{er} avril 2005, la recourante a connu une incapacité totale de travail, coïncidant avec une incapacité de gain entière, lui ouvrant le droit à une pleine rente. Comme les lombosciatalgies ayant provoqué cette incapacité sont de même origine que les affections physiques précédentes, il faut considérer que le délai de carence est échu, en application des art. 29 LAI et 29 bis RAI. Compte tenu de l'art. 88a RAI, le droit à la rente s'ouvre à partir du 1^{er} avril 2003. Ce droit se poursuivra trois mois au-delà de l'amélioration de santé constatée le 1^{er} avril 2005, soit jusqu'au 30 juin 2005. L'intimé a cependant octroyé une rente entière d'invalidité jusqu'au 31 juillet 2005 et le Tribunal de céans renoncera à une reformation in pejus concernant ce mois, comme il en a la faculté.

f) Pour la période du 1^{er} août 2005 au mois de mars 2006, la recourante a connu le même taux d'incapacité que celle retenue pour la période du 1^{er} juin 2001 au 1^{er} décembre 2003. Compte tenu des variations minimales pour les revenus avec et sans invalidité pendant ces périodes, le taux d'invalidité en résultant reste insuffisant pour maintenir le droit à une rente pour cette période.

10. Il découle de ce qui précède que la recourante a droit, en raison de ses affections somatiques, à une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier au 31 mai 2001 et du 1^{er} avril 2003 au 31 juillet 2005.

La recourante obtient ainsi partiellement gain de cause et aura droit à des dépens, fixés à 1'500 fr.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 26 mars 2006.
4. Dit que la recourante a droit à une rente d'invalidité entière du 1^{er} janvier 2001 au 31 mai 2001 et du 1^{er} avril 2003 au 31 juillet 2005.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante, à titre de dépens, la somme de 1'500 fr.
6. Condamne l'intimé à payer la somme de 200 fr. à titre d'émolument.
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.

La greffière

Nancy BISIN

La secrétaire-juriste :
Sandrine TORNARE

La présidente

Valérie MONTANI

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