REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1931/2007 **ATAS/1286/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 19 novembre 2007

En la cause

Madame L_____, domiciliée , 3975 Randogne, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître PASQUIER Madeleine	recourante

contre

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

Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Christine BULLIARD-MANGILI et Bertrand REICH, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame L_____ (ci-après: la recourante), née le 1948, titulaire d'un certificat de capacité d'employée de banque, a travaillé comme animatrice parascolaire du 1er septembre 1987 au 30 juin 2003, en dernier lieu au service du X_____ à Genève, 19 heures et demie par semaine pour un salaire mensuel de 2'780 fr. 35. Elle s'occupait le reste du temps de la tenue de son ménage.

2. Le 8 octobre 2000, la recourante a reçu un violent coup de sabot de cheval au niveau du thorax postérieur gauche, avec chute secondaire. Après la mise en place d'un drain thoracique gauche, en salle d'urgence des (ci-après: "établissement hospitalier"), elle a été admise aux Soins intensifs de chirurgie des "établissement hospitalier", où ont été objectivés un pneumothorax ainsi que des fractures à deux niveaux des côtes postérieures 5 à 8, constituant un volet costal, complété par des fractures de côtes 3 et 4. Après une période de surveillance, l'évolution favorable a permis de transférer la recourante à l'Unité de chirurgie thoracique des "établissement hospitalier", où elle a séjourné du 10 au 27 octobre 2000, puis à la "établissement hospitalier" (rapport du 16 novembre 2000 du Dr A_____ au Dr B_____, médecin traitant).

3. A son admission à la "établissement hospitalier", où elle a séjourné du 27 octobre au 4 décembre 2000, la recourante était extrêmement algique et très dyspnéique. Jusqu'au 22 novembre 2000, elle a nécessité des doses massives de morphine par pompe. Par la suite, elle a pu être sevrée de la morphine et mise sous traitement de Dafalgan. Durant ce séjour, a été diagnostiquée une fracture basale de la deuxième phalange du deuxième rayon de la main gauche, causée par l'accident du 8 octobre 2000. A la fin de son hospitalisation, la recourante était encore très faible et dyspnéique à l'effort moyen (rapports des 18 décembre 2000 et 19 février 2001 du Dr C_____).

4. A la suite d'un diagnostic de déchirure en "L", la recourante a subi le 16 mai 2001 une acromioplastie avec suture-réinsertion du tendon du sus-épineux de l'épaule droite (compte-rendu opératoire du 16 mai 2001 du Dr D_____).

5. Un scanner thoracique a confirmé la persistance du volet costal et mis en évidence que les fragments proximo des septièmes et huitièmes côtes présentaient un bord effilé pointant vers le parenchyme pulmonaire. Cette situation pouvant expliquer les douleurs persistantes, la recourante a subi le 28 novembre 2001 une résection costale. Vu l'évolution favorable, elle a pu quitter les "établissement hospitalier" le 6 décembre 2001, pour un séjour à la "établissement hospitalier" (rapport du 6 décembre 2001 du Dr A_____), où il a été constaté que les douleurs costales respiro-dépendantes, s'aggravant à la palpation des arcs latéraux des côtes réséquées, restaient toujours bien présentes, de sorte qu'en fin de séjour de la

morphine lui a été à nouveau administrée (rapport du 28 janvier 2002 de la Clinique de Montana).

6. Le 21 janvier 2002, la recourante a déposé auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE -INVALIDITE (ci-après: l'OCAI) une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente. Elle exposait qu'elle était en incapacité totale de travail depuis l'accident du 8 octobre 2000. L'assurance-accident de la recourante était ALPINA ASSURANCES, reprise ensuite par ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES (ci-après: l'assurance accident).

7. Le Dr B_____, dans son rapport du 4 février 2002 à l'assurance-invalidité, mentionnait, comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail: le status post-traumatisme thoracique antérieur G (pneumothorax), le volet thoracique G, la déchirure en "L" du tendon sus-épineux de l'épaule droite, le status post-acromioplastie avec suture réinsertion du tendon sus-épineux ainsi que le status post-résections costales étagées pour douleurs thoraciques invalidantes. Sous la même rubrique, il ajoutait: un status post-hystérectomie en 1989, un status post-laminectomie de la phalange du premier orteil G 1994, un status post-arthroscopies multiples des genoux avec reconstitution du ligament croisé antérieur par transfert tendineux à droite en 1996, un status post-ostéotomie de valgisation du tibia droit, ainsi qu'un status après nombreuses interventions du calcanéum G en 1978.

   Le médecin traitant attestait d'une incapacité de travail totale depuis le 8 octobre 2000 dans l'activité d'animatrice parascolaire à 50%.

8. Dans son rapport pour l'assurance-invalidité daté du 3 juin 2002, le Dr A_____ considérait que le traumatisme thoracique avec pneumothorax et le volet costal gauche, consécutifs à l'accident du 8 octobre 2000, n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail. Pour le reste, il invitait l'OCAI à s'adresser au médecin traitant.

9. Dans son rapport médical intermédiaire du 15 septembre 2003, le Dr B_____ a précisé qu'en raison des douleurs thoraciques chroniques et de la dyspnée au moindre effort existant depuis le début de la pathologie en 2000, la capacité de travail de la recourante était nulle dans n'importe quel travail.

10. Selon le Dr. E_____, de la division de pneumologie des "établissement hospitalier", la recourante ne présentait pas de limitation fonctionnelle spirométrique, ni au repos ni à l'effort, l'empêchant de reprendre son activité. S'il y avait une bonne concordance entre les douleurs décrites et la palpation thoracique, tel n'était pas le cas entre la dyspnée décrite comme sévère et les tests fonctionnels effectués. La capacité de travail était essentiellement limitée par les douleurs, de sorte qu'il suggérait un soutien psychiatrique (rapport médical intermédiaire du 26 septembre 2003).

11. Dans son rapport du 24 novembre 2003, effectué à la demande de l'assurance accident, le Dr F_____, spécialiste FMH en orthopédie et chirurgie, a posé les diagnostics de status après fractures en série (volet costal) postéro-latéral gauche entre la troisième et la huitième côtes; pneumothorax gauche; consolidation vicieuse des fractures de côtes; status après excision des pseudarthroses de côtes en novembre 2001; status après fracture de la deuxième phalange de l' index gauche; status après lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite.

    Les plaintes subjectives de la recourante ne correspondaient pas aux séquelles anatomiques, à part les cicatrices et les résections costales.

    Vu ces plaintes subjectives, une reprise de l'activité parascolaire ne semblait pas possible. Dans la mesure où l'incapacité de travail était davantage due aux facteurs psychologiques, le médecin proposait à l'assurance accident d'organiser une expertise psychiatrique ou psychologique. Il fallait attendre le résultat de cette expertise avant de pouvoir déterminer de manière précise la capacité de travail résiduelle éventuelle.

12. Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 17 décembre 2003, le Dr G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie mandaté par l'assurance accident, a indiqué qu'il avait reçu la recourante le 5 décembre 2003 et qu'à ce moment elle présentait des symptômes compatibles avec le diagnostic de dépression légère. En particulier, elle avait depuis plus de deux semaines une baisse significative et légère de son humeur et une plus grande fatigue. Par contre, elle n'avait pas de baisse de plaisir. Elle présentait ainsi deux symptômes majeurs de la dépression ainsi que quelques symptômes mineurs. La recourante n'avait jamais présenté de symptômes dépressifs avant l'accident du 8 octobre 2000 et les troubles s'étaient installés progressivement à la suite de douleurs physiques lancinantes et d'une limitation de l'ensemble de l'activité. Il existait aussi des facteurs qui n'étaient pas directement en relation avec l'accident. Par exemple, le fait d'avoir dû changer de mode de vie était une difficulté d'adaptation qui s'accompagnait aussi de sentiments de tristesse qui ne sont pas liés à une maladie psychiatrique.

    En définitive, le médecin considérait que sur le plan psychique, il n'existait pas d'incapacité de travail imputable à l'accident.

13. Un examen arthro-IRM effectué en janvier 2004 ayant mis en évidence une déchirure de la coiffe des rotateurs aux dépens du sus-épineux, la recourante a subi le 3 mars 2004 une acromioplastie et suture du sus-épineux de l'épaule gauche. Au cours de sa convalescence à la "établissement hospitalier", le Dr H_____, psychiatre, lui a prescrit un traitement antidépresseur (cf. rapport du 22 novembre 2004 du Dr I_____).

14. Dans son rapport d'expertise du 22 novembre 2004, le Dr Jürg I_____, spécialiste en orthopédie et chirurgie mandaté par l'OCAI, a posé comme

diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail: douleurs neurogènes de la paroi thoracique gauche; status après fracture des côtes gauches 4 à 8, volet costal pneumothorax et résection partielle des côtes 5 à 8, résection des nerfs intercostaux 7 et 8 (pathologie consécutive à l'accident d'octobre 2000); rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche aux dépens du sus-épineux, status après acromioplastie et suture réinsertion du tendon du sus-épineux (mars 2004); état dépressif en partie réactionnel.

Le médecin exposait que l'évolution restait défavorable avec la persistance d'un syndrome douloureux s'accompagnant d'une dyspnée. Celle-ci ne s'expliquait pas par les examens fonctionnels respiratoires et pouvait s'avérer en partie psychogène. L'existence d'un état dépressif, probablement en partie réactionnel à la douleur chronique, ne semblait pas faire de doute (fatigue chronique, repli sur soi, irritabilité, peur, voire panique dans les lieux publics) et nécessitait un soutien psychiatrique. Au vu du status et de l'évolution, avec une patiente complètement fixée sur son problème de douleurs et de dyspnée invalidantes, le pronostic lui paraissait très défavorable. Il persistait une discrète limitation fonctionnelle de l'épaule gauche, dont l'évolution était satisfaisante. Les limitations fonctionnelles, extrêmement importantes, reposaient uniquement sur les plaintes subjectives de la recourante. Si les douleurs intercostales, probablement neurogènes, pouvaient s'expliquer après le traumatisme thoracique, leur intensité et la dyspnée invalidante n'étaient pas objectivées par les fonctions pulmonaires ou le test d'effort qui apparaissait normaux.

Au plan physique, si l'on se basait sur les probables douleurs latéro-thoraciques gauches augmentant à l'effort et sur les troubles résiduels de l'épaule gauche, une activité exigible et adaptée devait s'exercer en milieu fermé, principalement en position assise, tout en permettant des changements de position et quelques petits déplacements, et n' exiger aucun effort, ni aucun port de charge. Au plan psychique, de l'avis du Dr I_____, il existait un état dépressif, un épuisement psychique, un burn-out en partie réactionnel, jouant probablement un rôle important dans la capacité de travail. Au plan social, on constatait, en rapport avec l'état dépressif, un retrait de la vie sociale, une peur du monde et de la foule, ainsi qu'une recherche de la solitude et du calme.

En définitive, l'expert considérait que l'activité parascolaire exercée ne paraissait plus exigible. L'incapacité de travail était totale depuis octobre 2000. Des mesures de réadaptation professionnelle paraissaient envisageables, mais étaient probablement vouées à l'échec, en raison de l'état psychique de la recourante. En revanche, la reprise d'une activité du type de celle d'employé de banque, dont la recourante avait la formation, paraissait exigible. L'activité devait s'exercer en milieu fermé, n'exiger aucun effort, aucun port de charge et s'exercer principalement en position assise, mais permettre d'assez fréquents changements de

position ou petits déplacements. Une telle activité pouvait être exercée cinq à six heures par jour.

15. Par avis médical du 22 février 2005, la Dresse J_____, du SERVICE MEDICAL REGIONAL AI LEMAN (ci-après : SMR), constatait que l'expertise du Dr G_____, retenant un épisode dépressif léger sans répercussion sur la capacité de travail, contrastait avec la description faite par le Dr I_____. Elle a ainsi proposé à l'OCAI de demander une nouvelle expertise psychiatrique, destinée à déterminer si la recourante présentait une aggravation de son état de santé psychique depuis l'expertise du Dr G_____.

16. Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 24 mai 2005, le Dr K_____, psychiatre et psychothérapeute FMH mandaté par l'OCAI, a retenu les diagnostics suivants : trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, d'intensité actuelle mineure (F32.4), agoraphobie sans antécédents de trouble panique (F40.00), trouble douloureux, associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale (F45.4), dépendance aux benzodiazépines (F13.2).

    En substance, l'examen clinique n'avait pas permis de mettre en évidence un trouble de la personnalité majeur. Les limitations fonctionnelles découlaient principalement du tableau algique et des symptômes neurovégétatifs, notamment l'étouffement. L'expert relevait des conduites claustrophobiques et agoraphobiques, une fatigabilité importante avec somnolence diurne, des troubles mnésiques et de la concentration, un état de nervosité et d'irritabilité, un sentiment d'inutilité et une tristesse fluctuante. Le pronostic pour la reprise d'une capacité de travail était réservé. Les éléments péjorant le pronostic étaient la difficulté d'accéder à des soins psychologiques suivis jusqu'à présent, l'impression d'incompréhension de la part du corps médical, la difficulté à effectuer le deuil de la vie d'avant l'accident, le manque d'intérêt pour une activité de type bureau ainsi que l'âge. Les éléments influençant positivement le pronostic étaient l'ouverture actuelle pour une prise en charge de nature psychologique, l'arrivée du mari à Rarogne, où la recourante s'était installée, l'insertion progressive dans le village, la bonne compliance au traitement et la recherche d'une activité occupationnelle.

    En relation avec le degré de la capacité de travail, l'expert relevait que la recourante, qui paraissait authentique, relatait une péjoration thymique importante dès la fin 2002, accentuée dès 2003, nécessitant l'introduction d'un traitement antidépressif. Sur le plan psychiatrique, il attestait donc une incapacité de travail totale dès octobre 2002 au moins. La recourante, qui présentait un trouble douloureux invalidant, des symptômes anxio-thymiques et de nombreux symptômes neurovégétatifs, était incapable d'actualiser une capacité de travail lucrative quelconque dans l'économie et ce, malgré sa motivation. Une activité à but occupationnel était recommandée. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

17. La Dresse J_____, dans son rapport d'examen SMR du 27 juillet 2005, a estimé que l'expertise du Dr K_____ ne permettait pas de conclure à une aggravation objective de l'état de santé de la recourante, pouvant justifier une éventuelle incapacité de travail, depuis l'expertise du Dr G_____ du 17 décembre 2003. L'épisode dépressif, retenu par les deux experts psychiatres, ne constituait pas une maladie psychiatrique invalidante. Le diagnostic psychiatrique ne constituait pas une comorbidité psychiatrique manifeste et faisait donc partie intégrante du syndrome somatoforme persistant comme trouble thymique d'accompagnement. De plus, il n'y avait pas non plus cumul des autres critères jurisprudentiels présentant une certaine intensité et une certaine constance. Vu la discordance entre les plaintes et les constatations objectives tant somatiques que psychiatriques, il était certain que des facteurs extra-médicaux entraient en ligne de compte. Le désir de la recourante de ne pas reprendre une activité d'employée de bureau ou de banque ne pouvait être imputé qu'à des motifs privés.

    En conclusion, la recourante présentait un trouble somatoforme douloureux persistant qui n'était pas sévère et qui permettait raisonnablement d'exiger d'elle la reprise d'une activité adaptée de l'ordre de 60 à 70 % depuis novembre 2004.

18. Interpellé par l'OCAI, le X_____ a indiqué que le revenu annuel que la recourante aurait réalisé en 2004 sans l'invalidité était de 39'813 fr. 15, soit 3'062 fr 55 par mois, versés 13 fois.

19. Dans son rapport de réadaptation professionnelle du 25 octobre 2005, l'OCAI a constaté que toute mesure de réadaptation serait vouée à l'échec, vu l'attitude négative de la recourante et sa certitude de ne plus pouvoir exercer une quelconque activité professionnelle.

20. Dans la détermination du degré d'invalidité relatif à l'activité professionnelle à 50%, l'OCAI a retenu un revenu avec invalidité de 27'033 fr., le revenu sans invalidité de 39'813 fr. communiqué par le dernier employeur, ainsi qu'un abattement de 15%, pour parvenir à un taux d'invalidité de 32,1%.

21. En date du 22 novembre 2005, une enquête économique sur le ménage a été conduite par téléphone auprès de l'assurée. Cette dernière a déclaré que sans invalidité, elle travaillerait à un taux de 50%. L'enquêteur de l'OCAI a constaté un empêchement de 37% dans les travaux habituels (enquête économique sur le ménage du 14 décembre 2005).

22. Par décision du 27 juin 2006, sur la base d'un taux d'invalidité de 69%, l'OCAI a alloué à la recourante une rente entière d'invalidité pour la période du 6 (recte: 8) octobre 2001 au 31 janvier 2005, maintenue au-delà du 1er janvier 2004, conformément à la let. f des dispositions transitoires de la 4ème révision de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (modification du 21 mars 2003). Dès le 1er février 2005, la rente était supprimée, car le taux d'invalidité dès cette date était de 35% et

donc insuffisant pour maintenir le droit à la rente. Le statut d'assuré retenu était celui d'assuré exerçant une activité à 50% et se consacrant à ses travaux habituels pour le reste. L'empêchement subi dans la part correspondant aux travaux habituels (50%) était de 37%, de sorte que le degré d'invalidité pour cette part était de 19%. Dans la part professionnelle, l'incapacité de travail était totale dès l'accident dans toutes les activités professionnelles jusqu'au 31 octobre 2004, de sorte que la perte de gain était totale à la fin du délai d'attente, soit dès le 6 (recte: 8) octobre 2001. Suivant l'avis du SMR, l'OCAI estimait que dès le 1er novembre 2004, la capacité de travail exigible était de 60 à 70% dans une activité adaptée. Selon la méthode de comparaison des revenus appliquée en 2004, avec un abattement de 15%, la perte économique était de 32% et le taux d'invalidité pour la part professionnelle de 16%. Compte tenu du degré relatif à la sphère ménagère, le taux était au total de 35%, qui ne donnait plus droit à une rente d'invalidité après trois mois d'amélioration de la capacité de gain, soit dès le 1er février 2005.

23. Statuant sur l'opposition introduite par la recourante, l'OCAI, par décision sur opposition du 13 avril 2007, l'a rejetée et a confirmé la décision du 27 juin 2006 d'octroi d'une rente limitée dans le temps, soit du 1er octobre 2001 au 31 janvier 2005. Sur le plan physique, l'expertise du Dr I_____ de novembre 2004 rejoignait les conclusions du Dr F_____ de novembre 2003 quant à l'exigibilité d'une activité adaptée. Sur le plan psychique, et en particulier pour ce qui est du trouble somatoforme douloureux, l'OCAI a repris la motivation développée par le SMR dans son rapport du 27 juillet 2005. En conclusion, la recourante possédait encore toutes les ressources nécessaires pour la reprise d'une activité lucrative adaptée à son état de santé.

    Cette décision, expédiée par pli recommandé avec accusé de réception du vendredi 13 avril 2007, a été notifiée au domicile élu de la recourante le lundi 16 avril 2007.

24. Par acté posté le 16 mai 2007, la recourante a interjeté recours contre la décision sur opposition du 13 avril 2007 auprès du Tribunal de céans, en sollicitant préalablement un délai pour déposer un rapport de son psychiatre traitant, ainsi que l'audition de ce dernier et du Dr K_____ et en concluant principalement à l'annulation de la décision sur opposition, ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière d'invalidité sans limitation dans le temps, avec suite de frais et dépens. En substance, la recourante reproche à l'OCAI d'avoir écarté l'avis du Dr K_____, qui atteste d'une incapacité de travail totale dès octobre 2002 au moins. Elle estime que les critères jurisprudentiels en matière de trouble somatoforme douloureux sont réalisés: elle présente un état dépressif majeur constituant une comorbidité psychiatrique importante par son acuité et sa durée; elle présente un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable; elle présente des affections corporelles chroniques; elle a subi une perte sociale dans toutes les manifestations de la vie; les divers traitements ambulatoires ont échoué; les limitations dans l'exercice de l'activité ne résultent pas d'une

exagération des symptômes ni d'une constellation semblable. Elle estime ainsi que depuis l'accident sa capacité de gain est nulle, tant dans une activité lucrative que dans la sphère ménagère.

25. Dans sa réponse du 29 juin 2007, l'OCAI conclut au rejet du recours, en se référant à la motivation de la décision attaquée.

26. Dans le délai qui lui a été imparti le 3 juillet 2007 par le Tribunal de céans, la recourante a complété son recours et produit une lettre adressée le 16 juillet 2007 à son conseil par son psychiatre traitant, le Dr L_____. Elle maintient ses conclusions préalables, mais modifie partiellement ses conclusions principales, en demandant l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période du 6 octobre 2001 au 31 juillet 2007, d'une part, et la mise au bénéfice de mesures de réadaptation professionnelle, d'autre part. Sur la base des constatations de son psychiatre traitant, la recourante estime que le taux d'invalidité a été de 69% (50% d'invalidité dans l'activité professionnelle et 19% dans les travaux habituels) pour la période d'octobre 2001 à juillet 2007. Enfin, dans la mesure où l'OCAI ne lui a jamais proposé sérieusement des mesures de réadaptation, il convient de lui donner la possibilité d'une réinsertion dans une activité adaptée à son handicap.

    Dans la lettre produite, le Dr L_____ expose au conseil de la recourante qu'un suivi psychothérapeutique commencé le 21 mars 2007 a permis d'améliorer l'état psychique de la recourante, qui n'est plus dépressive et n'a plus d'idées suicidaires, mais reste fragile. Le médecin a proposé à la recourante une réduction mammaire et une approche globale pour perdre du poids. Il s'étonne que ces démarches, aptes selon lui à réduire les douleurs et à améliorer la capacité ventilatoire, n'aient pas été proposées plus tôt. Il décrit la recourante comme une personne dynamique et active, dont l'état physique s'est dégradé pour deux raisons principales: d'une part, l'invalidité physique qui l'a empêchée de poursuivre son activité professionnelle et l'a grandement freinée dans ses activités domestiques et, d'autre part, la non reconnaissance de son handicap, qui l'a induite à penser qu'on la prenait pour une simulatrice. Son état dépressif était suffisamment sévère pour que des idées suicidaires apparaissent. Actuellement la recourante va beaucoup mieux psychiquement. De l'avis du psychiatre traitant, "on peut estimer son handicap physique à 100% dans la profession exercée avant l'accident et à 50% dans une nouvelle activité à déterminer". Une réadaptation professionnelle est nécessaire dans une activité adaptée.

27. Invité par le Tribunal de céans à se déterminer sur l'écriture de la recourante du 15 août 2007, l'OCAI a indiqué n'avoir aucune observation à faire valoir.

28. Sur ce, les parties ont été informées le 27 septembre 2007 que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La décision attaquée ayant été rendue le 13 avril 2007 et l'état de fait à la base de la question litigieuse remontant à l'année 2004, le présent litige sera examiné à la lumière des nouvelles dispositions de la LPGA, entrées en vigueur le 1er janvier 2003 (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

4. L'objet du litige consiste à déterminer si la suppression de la rente entière d'invalidité de la recourante au 31 janvier 2005 est justifiée. En d'autres termes, il s'agit d'examiner si sa capacité de gain s'est améliorée dès novembre 2004 (date de l'expertise I_____), en entraînant ainsi une réduction à 35% du taux d'invalidité initial de 69%, taux initial au demeurant non contesté par la recourante. En particulier, le taux d'invalidité de 37% dans la tenue du ménage, soit 19% pour la part de 50% relative aux travaux habituels, n'est pas contesté. Seule demeure litigieuse la question de la diminution du taux d'invalidité pour la part professionnelle de 50%.

5. 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 la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision (ATF 125 V 417 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid.).

   Aux termes de l'art. 17 al. 1 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. Il convient de relever que cette disposition n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier : Urs MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in

der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in : Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15).

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88*a* al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004, 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 de son droit aux prestations dès que l'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.

6. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir le droit aux prestations entrant en considération.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI,

prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

Enfin, conformément à la let. f des dispositions transitoires de la 4ème révision de la LAI, les rentes entières perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 66 2/3% continuent d'être versées après l'entrée en vigueur de la modification du 21 mars 2003 à tous les rentiers qui, à ce moment là, auront atteint l'âge de 50 ans.

7. Pour pouvoir se déterminer sur le droit à des prestations, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

   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).

   Au sujet 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son

patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

Enfin, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

8. En l'espèce, trois expertises figurent au dossier. Sur le plan physique, selon l'expertise I_____ de novembre 2004, qui n'est pas contestée, la recourante pouvait reprendre durant cinq à six heures par jour une activité du type de celle d'employée de banque, en milieu fermé, sans aucun effort, sans aucun port de charge, principalement en position assise, mais avec d'assez fréquents changements de position ou petits déplacements. Le Dr G_____, psychiatre mandaté par l'assurance accident, a diagnostiqué en décembre 2003 une dépression légère, alors que le Dr K_____, dans son expertise effectuée pour l'OCAI en mai 2005, a retenu les diagnostics de trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, d'intensité actuelle mineure (F32.4), d'agoraphobie sans antécédents de trouble panique (F40.00), de trouble douloureux, associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale (F45.4), ainsi que de dépendance aux benzodiazépines (F13.2). Sur le plan psychique, pour le premier expert psychiatre, la recourante ne présente aucune incapacité de travail, alors que pour le second, il existe une incapacité totale dès octobre 2002.

9. Admettre l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord qu'un expert (psychiatre) reconnaisse la présence d'un diagnostic 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 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 traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352, ATFA non publié I 665/2004 du 29 novembre 2005). 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).

Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en oeuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, rappelés ci-dessus (ATFA non publié I 515/2003 du 15 septembre 2004, consid. 2.3.4).

Enfin, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F],

4ème édition, p. 191), les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine p. 358; 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 J. du 2 mai 2003 [I 521/02]; voir également Fauchère, 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; ATFA non publié I 527/2006 du 29 juin 2007, consid. 6).

10. En l'espèce, au vu des diagnostics des deux experts psychiatres, il convient de nier l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes, au sens de la jurisprudence du TFA. En effet, la recourante est décrite comme une personne souriante et empathique, qui pleure légèrement lorsque l'on évoque les limitations secondaires à son état de santé, par le Dr G_____ (expertise, p. 11), comme une personne aux traits du visage normothymiques, présentant des sourires spontanés et pleurant à l'évocation de son état, par le Dr K_____ (expertise, p. 12) et comme une personne dynamique et active par le Dr L_____. A cet égard, le psychiatre traitant, qui ne mentionne d'ailleurs ni l'agoraphobie, ni la dépendance aux benzodiazépines, confirme indirectement que les troubles psychiques dont a souffert la recourante n'avaient pas le degré de sévérité requis par la jurisprudence, dans la mesure où il résulte de son courrier du 16 juillet 2007 qu'une psychothérapie de quatre mois a suffi pour qu'ils disparaissent.

    En l'absence d'une comorbidité psychiatrique significative du point de vue de l'assurance-invalidité, reste à examiner si le cumul des quatre autres critères, présentant une certaine intensité et constance, est réalisé. Pour ce qui est du premier critère, l'avis du Dr. E_____, comme ceux du Dr F_____, du Dr A_____ et du Dr I_____, permettent d'exclure l'existence d'une affection corporelle chronique ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable. En deuxième lieu, la recourante ne présente pas une perte d'intégration sociale: elle s'entend bien avec son époux et avec ses deux enfants. Déjà en 2003, avant de déménager à Randogne/VS avec son époux, elle se rendait environ une fois par mois en Valais chez des amis. Par la suite, elle s'est intégrée à la vie du village. Au niveau des loisirs, en 2003, elle faisait de la natation une fois par semaine durant une heure et demie. En 2005, elle jardinait et se promenait une heure par jour. Elle a suivi un cours de solfège et envisageait de prendre des cours de piano. Ces constatations contredisent l'avis du psychiatre traitant, lequel doit d'ailleurs être apprécié avec circonspection, selon les principes rappelés ci-dessus. Les deux derniers critères (état psychique cristallisé et échec des traitements) ne sont pas réalisés non plus, puisqu'un traitement suivi durant

quatre mois a permis à la recourante de guérir de ses troubles psychiques, selon le Dr L_____.

En conclusion, le Tribunal considère que depuis novembre 2004 les troubles psychiques diagnostiqués (qui de l'avis de la recourante et de son psychiatre traitant ne sont plus présents depuis juillet 2007) ne se sont plus manifestés avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, ils excluaient toute mise en valeur de la capacité de travail résiduelle de la recourante. A cet égard, l'avis de l'expert K_____ sur l'incapacité de travail ne peut être retenu, puisqu'il est contredit par ses propres constatations objectives. De plus, il résulte de son pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle, qu'il prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales. Il y a dès lors lieu de s'en tenir à l'avis de l'expert en orthopédie, selon lequel la recourante pouvait exercer, à partir de novembre 2004, une activité adaptée durant cinq à six heures par jour, à savoir en tout cas pour la totalité du taux de 50%, qui était le sien avant l'accident.

11. Selon l'art. 16 LPGA, qui s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28 al. 2 LAI), pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. L'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (art. 28 al. 2bis LAI). Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2bis pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité (art. 28 al. 2ter LAI).

Pour la part professionnelle, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. 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 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre

2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu sans invalidité doit être évalué de manière aussi concrète que possible, soit en se fondant, selon la jurisprudence, sur le dernier salaire réalisé par l'assuré (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). Ce n'est que lorsque ce revenu 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, qu'il y a lieu de s'en écarter (RAMA 2000 N° U 400 p. 381 consid. 2a et la référence; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 1997, p. 205-206; RCC 1985 p. 662 ss.).

Le revenu d'invalide 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 consid. 3b/aa et bb). 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

12. En l'espèce, le taux d'invalidité dans la sphère ménagère ne s'est pas modifié depuis le début du droit à la rente et le recours ne porte d'ailleurs pas sur cet aspect de l'évaluation. Pour la part professionnelle, la comparaison des revenus doit s'effectuer en se plaçant en 2004, puisque l'amélioration de la capacité de gain remonte à novembre 2004, date du rapport de l'expert en orthopédie. Le degré d'invalidité pour cette part doit se déterminer sur la base du revenu sans invalidité communiqué à l'OCAI par le dernier employeur, à savoir 39'813 fr.. Pour le revenu d'invalide, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur des services (secrétariat et travaux de chancellerie), à savoir 59'904 fr. par année (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, TA7). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004

(41,7 heures; La Vie économique, 12-2005, p. 94, B9.2), ce montant doit être porté à 62'450 fr., soit 31'225 fr. pour une activité à 50%. Cela étant, l'âge, la longue période d'inactivité et le fait que la recourante est diminuée dans le type d'activité qu'elle peut exercer en raison de son handicap constituent des motifs de réduction du salaire statistique. En revanche, il n'y a pas de limitation liée à la nationalité, ni au rendement. Appréciés dans leur globalité, ces éléments légitiment que l'on retienne un abattement de 15%, soit un revenu de 26'541 fr.. En conclusion, le taux d'invalidité de la recourante est de 16,66% pour la part professionnelle. Ce taux, ajouté à celui de 19% relatif à la sphère ménagère, qui est demeuré inchangé après novembre 2004, permet de fixer le degré total d'invalidité à 35,66%, qui ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Il s'ensuit que la rente entière d'invalidité doit être supprimée à partir de février 2005, à savoir après trois mois d'amélioration de la capacité de gain (art. 88a al.1 RAI).

13. Enfin, la recourante conclut à ce qu'il soit ordonné à l'OCAI de la mettre au bénéfice de mesures de réadaptation professionnelle. Selon l'expert psychiatre mandaté par l'OCAI, des mesures professionnelles ne sont pas indiquées, de sorte que le recours est mal fondé sur ce point également.

14. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et la recourante condamnée à un émolument de 200 fr., en conformité de l'art. 69 al. 1bis LAI.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

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

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

La greffière	La présidente
Yaël BENZ	Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste :
Ivo BUETTI

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