REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/235/2007 **ATAS/544/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 22 mai 2007

En la cause

Madame Z_____, domiciliée , ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michel D'ALESSANDRI	recourante

contre

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

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

EN FAIT

1. Madame Z_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1951 et ressortissante italienne, a travaillé dès le 1er juillet 1975 en tant qu'aide-soignante pour le compte des (ci-après : "établissement hospitalier"). Dès 1991, elle exerçait cette activité à 80%.

2. Le 20 août 2003, alors que l'assurée était arrêtée au volant de sa voiture derrière une automobile voulant tourner à gauche, le véhicule qui la suivait a violemment heurté l'arrière de sa voiture qui a télescopé, à son tour, l'automobile immobilisée devant elle.

3. Le même jour, elle a consulté le Groupe médical d'Onex. Dans un rapport du 1er septembre 2003, le Dr A_____ a diagnostiqué des cervico-dorso-lombalgies aiguës et a attesté une incapacité de travail de 100% pour une durée indéterminée.

4. Dans un rapport du 3 octobre 2003, le Dr B_____, rhumatologue, a diagnostiqué des maux de tête, une perturbation du caractère (agressivité), des troubles du sommeil, de la déprime et de la fatigue.

5. Dans un rapport du 5 novembre 2003, le Dr C_____, généraliste, a diagnostiqué un traumatisme crânio-cérébral, des cervico-dorso-lombalgies et des contusions multiples. Il a estimé que l'évolution était normale pour un traumatisme crânio-cérébral et a précisé que les discopathies C5-C6 étaient d'origine dégénérative. Enfin, il a indiqué que l'assurée avait repris le travail du 10 au 19 octobre 2003 et qu'elle était de nouveau à l'arrêt de travail à 100% dès le 20 octobre 2003.

6. Dans un rapport du 18 février 2004, le Dr D_____, neurologue, a diagnostiqué une distorsion cervicale traumatique et un syndrome cervical subaigu. Dans les suites de l'accident, il a mentionné des sentiments de malaise, sans perte de connaissance, ainsi que des céphalées parfois de type migraineux aggravées par rapport aux épisodes vécus avant l'accident.

7. Sur demande de l'assurance-accidents, le Dr E_____, chirurgien, a examiné l'assurée. Dans son rapport du 5 mars 2004, il a diagnostiqué un traumatisme d'accélération cranio-cervicale, une entorse cervicale bénigne grade I à II, une suspicion d'état anxio-dépressif réactionnel (syndrome de stress post-traumatique ?) et une cervicarthrose. Il a expliqué qu'en l'absence de traumatisme crânien significatif, on ne pouvait pas retenir le diagnostic de commotion cérébrale. Il a considéré que, malgré tout, le pronostic lui paraissait favorable en l'absence de la plupart des symptômes présents lors du syndrome d'accélération cranio-cervical. Par contre, il a mis en évidence un état anxio-dépressif (tristesse, pleurs, troubles du sommeil, peur de l'avenir, retrait social) qui s'était développé progressivement après

l'accident et paraissait jouer un rôle défavorable dans l'évolution. Il a préconisé l'instauration d'un traitement médicamenteux antidépresseur ainsi qu'anxiolytique et a indiqué que si ce traitement devait s'avérer insuffisant, une prise en charge psychiatrique et une éventuelle thérapie cognitivo-comportementale pourraient s'avérer utiles. Il a estimé que l'incapacité de travail était encore justifiée en raison des nombreux efforts que l'activité habituelle impliquait pour aider des patients gériatriques et handicapés. Enfin, il a ajouté qu'il n'y avait pas d'autres activités exigibles actuellement.

8. Dans un rapport du 2 avril 2004, le Dr F_____, oto-rhino-laryngologue, a fait état de l'apparition rapide et progressive après l'accident de céphalées, de nucalgies, de vertiges et de nausées. Il a également mentionné la présence d'acouphènes prenant la tête. Sur le plan vestibulaire, il a constaté une prédominance nystagmique à l'examen calorique qui pourrait correspondre à un tableau de céphalées et de vertiges.

9. Le 13 août 2004, l'assurée a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente. Elle a précisé qu'elle avait beaucoup de difficultés à faire son ménage et qu'elle devait être aidée pour passer l'aspirateur, repasser et exécuter les gros travaux.

10. Dans un rapport du 27 août 2004, le Dr D_____ a précisé qu'il suivait la patiente depuis le 12 décembre 2003. Il a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome de stress post-traumatique, un état dépressif réactionnel, une entorse cervicale présents depuis le 20 août 2003 et, sans répercussion sur la capacité de travail, une dysthyroïdie existant depuis 2003. Il a attesté une incapacité de travail de 100% depuis le 20 août 2003 et a considéré que l'état de santé était stationnaire. Il a estimé qu'un examen psychiatrique complémentaire était nécessaire. Il a constaté la présence de douleurs cervicales à la palpation ainsi qu'une baisse importante de la mobilité de la nuque. Il a considéré que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus réalisable et que plus tard, selon l'évaluation psychique à venir, on pouvait exiger de l'assurée qu'elle exerçât une autre activité avec moins de pression professionnelle. Dans le rapport médical concernant les capacités professionnelles, il a mentionné une impossibilité à alterner les positions assises/debout/marche, à s'agenouiller, à incliner le buste, à s'accroupir, à lever, porter ou déplacer des charges, à se baisser, à effectuer des mouvements des membres ou du dos occasionnels/répétitifs, à exercer un horaire de travail irrégulier, à travailler en hauteur ou sur une échelle, enfin, à se déplacer sur sol irrégulier ou en pente.

11. Dans un rapport du 31 octobre 2004, la Dresse G_____, généraliste, a indiqué qu'elle traitait l'assurée depuis le 15 avril 2004 et a diagnostiqué, d'une part avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome post-traumatique, un état dépressif réactionnel, une entorse cervicale, une hypothyroïdie substituée, présents depuis août 2003, d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, une

entorse cervicale et une hypothyroïdie. Elle a attesté une incapacité travail entière depuis le 20 août 2003 et a considéré que l'état de santé était stationnaire. Elle a expliqué qu'en dehors des plaintes ostéoarticulaires (surtout au niveau cervical) et des céphalées chroniques, le principal problème était le syndrome de stress post-traumatique. Elle a précisé que la patiente avait consulté récemment la Dresse H_____, psychiatre. Elle a estimé que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus réalisable et qu'on ne pouvait pas exiger de l'assurée qu'elle exerçât une autre activité en raison de son état psychologique. Dans le rapport médical concernant les capacités professionnelles, elle a fait état d'une impossibilité à tenir la même position du corps pendant longtemps, à alterner les positions assis et debout, à s'agenouiller, à incliner le buste, à s'accroupir, à lever, porter ou déplacer des charges, à se baisser, à exercer un horaire de travail irrégulier, à travailler en hauteur ou sur une échelle, enfin, à se déplacer sur sol irrégulier ou en pente.

12. Dans un rapport du 7 janvier 2005, la Dresse H_____ a précisé qu'elle suivait la patiente depuis le 5 octobre 2003 et a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome somatique persistant (F 45.4) et une dysthymie (F 34.1) existant depuis août 2003. En outre, elle a attesté une incapacité de travail de 100% depuis le 20 août 2003 pour une durée indéterminée et a précisé que l'état de santé s'améliorait. Elle a indiqué que, rapidement après l'accident, la patiente avait développé un état dépressif réactionnel ainsi qu'une douleur intense et persistante accompagnée par un sentiment de détresse. Elle a constaté une humeur légèrement dépressive, une diminution d'intérêt, de plaisir et de confiance en soi, une grande inquiétude face à l'avenir, une exacerbation d'angoisse fluctuante, une fatigabilité augmentée, des plaintes somatiques très nombreuses et persistantes. Elle a exposé que la patiente déniait la cause psychologique de ses souffrances et qu'elle se sentait rapidement contrariée ainsi que peu comprise. Elle a estimé qu'au regard du manque de motivation de la patiente, le pronostic s'avérait imprévisible. Elle a expliqué que la maladie se manifestait également par une fatigue importante lors d'efforts minimes, une diminution d'activité, des troubles du sommeil ainsi que des douleurs diffuses et persistantes. Elle a ajouté que les troubles psychiques n'étaient pas réactionnels à des événements de vie adverses et que la capacité de travail n'était pas due à des raisons socio-économiques ou conjoncturelles.

13. En raison d'une dyspnée d'effort de stade II nouvelle, l'assurée a séjourné aux "établissement hospitalier" du 17 au 27 mars 2005, dans le service de médecine interne générale. Dans un rapport du 5 avril 2005, le Dr I_____, chef de clinique, a diagnostiqué une fibrillation auriculaire à réponse ventriculaire rapide due à une sténose mitrale rhumatismale calcifiée de degré sévère, une hypothyroïdie auto-immune substituée et un vitiligo. Il a précisé que l'indication à une valvuloplastie semblait être posée.

14. Du 19 au 22 avril 2005, l'assurée a séjourné dans le service de cardiologie des "établissement hospitalier". Dans un rapport du 25 avril 2005, le Prof. MACH a

diagnostiqué une cardiopathie rhumatismale, une sténose mitrale sévère, une sténose aortique discrète et une fibrillation auriculaire chronique accompagnée d'une hypothyroïdie substituée et de vitiligo. Il a précisé que, le 21 avril 2005, il avait procédé à une valvuloplastie mitrale qui avait provoqué une amélioration de la symptomatologie.

15. Dans un rapport du 12 mai 2005, le Dr J_____, cardiologue, a indiqué qu'il traitait la patiente depuis le 7 avril 2005 et a diagnostiqué, d'une part avec répercussion sur la capacité de travail, une cardiopathie rhumatismale diagnostiquée en mars 2005, une insuffisance cardiaque, une fibrillation auriculaire, d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, une hypothyroïdie substituée existant depuis 2001. Il a exposé que le pronostic cardiaque était réservé, malgré la valvuloplastie, en raison de la cardiopathie rhumatismale diagnostiquée tardivement à l'âge de 54 ans ce qui impliquait une faible probabilité de réversibilité de l'atteinte cardiaque. Il a considéré que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus réalisable et qu'on ne pouvait pas exiger de l'assurée qu'elle exerçât une autre activité en raison de l'insuffisance cardiaque. Dans le rapport médical concernant les capacités professionnelles, il a mentionné, d'une part, une durée limitée par jour du maintien de diverses positions, à savoir assis (quatre heures), debout (deux heures d'affilée), enfin position statique du corps (une heure), d'autre part, une impossibilité à s'agenouiller, à s'accroupir, à effectuer des parcours à pied, à lever, porter ou déplacer des charges, à effectuer des mouvements des membres ou du dos, à exercer un horaire de travail irrégulier, à travailler en hauteur ou sur une échelle, enfin, à se déplacer sur sol irrégulier ou en pente. Il a estimé que l'incapacité dans la profession était totale depuis mars 2005.

16. Dans un rapport du 13 juin 2005, la Dresse G_____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé et de changements dans les diagnostics. Elle a précisé que la cardiopathie rhumatismale, la sténose mitrale sévère, la sténose aortique discrète avec régurgitation, la fatigue chronique et l'insuffisance cardiaque avaient également une influence sur la capacité de travail depuis mars 2005. Elle a également indiqué qu'une dyspnée et une asthénie provoquaient des limitations fonctionnelles.
17. Le 13 janvier 2006, l'assurée a été examinée par les Drs K_____ et L_____, médecins du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) respectivement rhumatologue et psychiatre. Dans leur rapport du 24 mars 2006, les médecins du SMR ont diagnostiqué, d'une part avec répercussion sur la capacité de travail, des rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques du rachis et de troubles dégénératifs de la colonne cervicale avec hernie discale C4-C5 et status après entorse cervicale, une insuffisance cardiaque compensée dans le cadre d'une cardiopathie rhumatismale ainsi que d'un status après valvuloplastie pour sténose mitrale sévère et d'une sténose aortique discrète avec régurgitation aortique modérée, d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, un vitiligo, une évolution anxio-dépressive réactionnelle après traumatisme cervical

(trouble anxieux et dépressif mixte; F 41.2). Ils ont exposé que, sur le plan psychiatrique, la patiente souffrait d'un trouble réactionnel à un accident et que les critères selon la classification internationale n'existaient ni pour un état de stress post-traumatique, ni pour une maladie dépressive majeure. Quant aux limitations fonctionnelles, ils ont retenu la nécessité d'alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, l'absence de soulèvement régulier de charges excédant cinq kilos, l'absence de port régulier de charges d'un point excédant douze kilos, l'absence de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, l'absence de travail lourd nécessitant notamment le lever de charges, enfin, la montée répétitive d'escaliers ou des marches de plus de cinq minutes. Au vu des pathologies rhumatologiques et ostéoarticulaires, ils ont admis une incapacité de travail de 100% dans l'activité d'aide hospitalière et une capacité de travail complète dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles.

18. Le 17 mai 2006, l'assurée a été reçue par un technicien en réadaptation professionnelle de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) auquel elle a déclaré se sentir incapable d'entreprendre des démarches allant dans le sens d'un stage et qu'elle n'était plus en mesure de travailler. À la suite de cet entretien, le collaborateur de l'OCAI a estimé que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées puisque l'assurée était convaincue que son état de santé l'empêchait de reprendre toute activité lucrative.

19. Le 9 juin 2006, l'OCAI a procédé à une enquête économique sur le ménage. Dans son rapport du même jour, l'enquêteur de l'OCAI a exposé que l'assurée avait un taux d'activité de 80% depuis 1991 et que, sans problème de santé, elle aurait poursuivi son activité professionnelle dans cette mesure. Il a admis un empêchement de 35% dans l'alimentation représentant une invalidité de 14%, un empêchement de 50% dans l'entretien du logement représentant une invalidité de 10%, un empêchement de 10% dans les emplettes et courses diverses représentant une invalidité de 0.5%, un empêchement de 25% dans la lessive et l'entretien des vêtements représentant une invalidité de 5%, un empêchement de 40% dans les soins aux enfants représentant une invalidité de 2.8%, enfin, un empêchement de 90% concernant l'entretien de la terrasse et la taille de la haie représentant une invalidité de 2.7%. Il a conclu à une invalidité totale de 35% dans les tâches ménagères.
20. Par projet de décision du 29 juin 2006, l'OCAI a admis que l'empêchement global était de 35% dans les travaux habituels (ménage) qui étaient exercés à raison de 20%, ce qui représentait un degré d'invalidité dans l'activité ménagère de 7%. Il a considéré que l'incapacité de travail était de 100% dans l'activité d'aide-hospitalière dès janvier 2006 au plus tard, mais que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Après avoir déterminé le revenu d'invalide sur la base statistique, il a fixé le degré d'invalidité dans l'activité lucrative à 41% et à 48% dans l'invalidité totale. En conséquence, il a alloué une rente entière d'invalidité du 20 août 2004 au 31 janvier 2006 et un quart de rente dès le 1er février 2006.

Dans sa détermination du 11 juillet 2006, l'assurée a contesté posséder une capacité de travail totale dans une activité adaptée et a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 20 août 2004. À l'appui de sa position, elle a joint divers avis de ses médecins traitants relatifs aux conclusions des médecins du SMR. Dans un rapport du 29 mai 2006, la Dresse G_____ s'est étonnée que les médecins du SMR n'aient pas retenu le diagnostic de stress post-traumatique chronique. Dans un rapport du 6 juin 2006, le Dr J_____ a noté, entre le mois de décembre 2005 et le printemps 2006, une très importante détérioration de l'état de santé psychologique de la patiente qui semblait extrêmement dépressive. Il a estimé que l'examen effectué par le SMR est adéquat mais ne tenait pas compte de l'aggravation de l'étape psychiatrique de la patiente. Dans un rapport du 16 juin 2006, le Dr D_____ s'est déclaré d'accord avec les conclusions rhumatologiques et neurologiques du SMR. Concernant les constatations cardiaques, il a estimé ne pas pouvoir se prononcer. Sur le plan psychiatrique, il a exposé que des symptômes de la lignée dépressive étaient présents et que l'affection somatique cardiaque jouait certainement un rôle limitant dans l'amélioration psychique de la patiente. Dans son rapport du 26 juin 2006, le Dr M_____ a indiqué qu'il soignait la patiente depuis le 29 avril 2005 à raison d'une consultation par mois. Il a diagnostiqué un état dépressif moyen et a considéré que la capacité de travail dans une profession adaptée était nulle.

21. Dans le rapport d'expertise du 10 juillet 2006 requise par l'assureur-accidents, les Dr N_____ et O_____, internistes auprès de la Polyclinique médicale universitaire (ci-après : PMU), après avoir soumis la patiente, le 2 mai 2006, à une consultation de psychiatrie auprès des Drs P_____ et Q_____, ont diagnostiqué, d'une part avec incidence sur la capacité de travail, un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F. 32.2), des cervicalgies chroniques persistantes après distorsion cervicale simple de degré un à deux, d'autre part sans influence sur la capacité de travail, un excès pondéral léger. Ils ont précisé qu'il s'agissait de cervicalgies s'accompagnant d'une limitation active des amplitudes cervicales avec des points douloureux à la palpation, mais sans signes neurologiques déficitaires, ni lésions ostéoarticulaires graves. Quant aux limitations fonctionnelles, ils ont mentionné les mouvements de flexion extension répétitive de la colonne cervicale, les flexions latérales et les rotations, le maintien de la position statique au-delà de 60 minutes d'affilée sans possibilité de varier ou de bouger la colonne cervicale, enfin les travaux de force. Ils ont relevé que l'épisode dépressif s'était chronifié malgré le traitement entrepris et qu'à l'heure actuelle, pour ces raisons essentiellement psychiques, la patiente était dans l'incapacité totale de travailler. Ils ont exposé qu'ils n'avaient pas retenu le diagnostic d'état de stress post-traumatique en l'absence des critères stricts de la Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement de l'Organisation Mondiale de la Santé (ci-après : CIM-10). Ils ont ajouté que, sur le plan somatique, la capacité de travail était complète dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, à

savoir dans une activité légère avec possibilité de varier les positions, mais qu'en raison de l'atteinte à la santé psychique la capacité de travail était nulle.

22. Le 20 juillet 2006, l'assurée a transmis ce rapport d'expertise à l'OCAI et a estimé que sa teneur confirmait que sa capacité de travail était nulle dans une activité adaptée.

23. Dans un avis médical du 31 juillet 2006, le Dr R_____, médecin du SMR, a estimé que les avis des divers médecins traitants permettaient de maintenir les conclusions de l'examen pluridisciplinaire du SMR. Il a relevé que les Drs J_____ et G_____ n'avaient pas la qualité pour se prononcer sur l'aspect psychiatrique, que les diagnostics retenus par le Dr M_____ n'étaient pas conformes à la CIM-10 et que ce spécialiste ne présentait aucun argument objectif justifiant une incapacité de travail totale dans une activité adaptée, qu'enfin le Dr D_____ émettait des diagnostics psychiatriques erronés et ne fournissait aucun argument crédible légitimant une incapacité de travail totale dans une activité adaptée bien que l'état cardiologique n'était clairement pas limitant dans une activité légère.

24. Dans un avis médical du 15 septembre 2006, le Dr R_____ s'est prononcé sur l'expertise de la PMU réalisée trois mois après l'examen du SMR. Il a contesté le diagnostic d'épisode dépressif sévère retenu par les experts dès lors que, selon le statut psychiatrique des experts, on ne trouvait pas le total de huit symptômes requis par la CIM-10 pour poser ce diagnostic et que la composante anxieuse n'était pas du tout prise en compte dans le diagnostic de la PMU. Il a estimé que ces différents éléments jetaient un doute sur le caractère probant du volet psychiatrique de cette expertise de sorte que l'estimation de la capacité de travail n'était pas valide.

25. Par décision du 7 décembre 2006, l'OCAI a confirmé sa position et a repris les termes de son projet de décision. À l'appui de celle-ci, il a soutenu que l'examen du SMR remplissait les conditions jurisprudentielles pour qu'une pleine force probante lui soit accordée et a repris les arguments du Dr R_____ concernant les remarques formulées par les divers médecins traitants.

26. Par écriture du 23 janvier 2007, l'assurée a recouru contre ladite décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 20 août 2004 et de toute autre prestation prévue par la loi sur l'assurance-invalidité. Elle produit dans la procédure un rapport du Dr J_____ daté du 17 janvier 2007 faisant état d'une nette dégradation de la capacité fonctionnelle par rapport à octobre 2005 sur la base des tests d'effort. Il a également diagnostiqué une insuffisance cardiaque de stade NYHA 3 et a considéré que la capacité de travail était de 50% au maximum dans une profession adaptée, à savoir sans activité physique autre que des déplacements à plat sur de courtes distances et sans effort ni port de charge. À l'appui de son

écriture, la recourante soutient que la décision repose exclusivement sur le rapport d'examen du SMR et de ses compléments des 31 juillet et 15 septembre 2006 alors que leur teneur est formellement contredite par les médecins traitants et les experts de la PMU. Elle relève que le rapport d'examen du SMR a été établi sur la base d'une seule consultation alors que l'expertise pluridisciplinaire de la PMU repose sur trois examens et que tous les médecins consultés ont constaté une évolution défavorable de l'état dépressif sévère. De plus, elle considère que l'expertise de la PMU a une pleine valeur probante. Sur la base du dernier rapport du Dr J_____, elle estime que, sous le seul angle cardiologique, sa capacité de travail dans une activité adaptée est tout au plus de 50% de sorte que le revenu d'invalide doit être adapté en conséquence et que, partant, son invalidité est de 67.7% tout en précisant qu'elle conteste également la pondération concernant les tâches ménagères retenues par la décision querellée en tant qu'elle ne tient pas compte pas compte de l'évolution cardiaque défavorable. A ce sujet, elle soutient qu'il est incohérent de considérer que, sur le seul plan cardiologique, sa capacité de travail est de 50% au maximum dans une profession adaptée, alors qu'elle serait invalide à 35% uniquement dans les tâches ménagères pourtant plus physiques de sorte qu'en tenant compte de la seule affection cardiaque, son degré d'invalidité totale est de plus de 70%.

27. Dans sa réponse du 6 mars 2007, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a relevé que, sur le seul plan somatique, aussi bien l'expertise effectuée par le SMR que celle réalisée par la PMU concordaient et que, sur le plan rhumatologique, l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle mais de 0% dans une activité adaptée et respectant les limitations fonctionnelles. Il a produit dans la procédure un avis du Dr R_____ daté du 12 février 2007 considérant que le dernier test d'effort réalisé par le Dr S_____ montrait un déconditionnement physique important qui interdisait, en effet, l'exercice d'une activité lourde, mais qu'une activité sédentaire adaptée, telle que décrite dans l'examen clinique du SMR, était cependant exigible de sorte qu'il n'y avait aucune raison objective pour admettre une diminution de rendement dans une telle activité. L'intimé a rappelé que l'atteinte cardiologique avait déjà été prise en compte lors de l'évaluation médicale effectuée par le SMR. Sur le plan psychiatrique, il a relevé qu'il existait des contradictions entre les divers avis médicaux relatifs au diagnostic posé, à savoir que le Dr T_____ (recte : H_____) retenait un trouble douloureux somatique persistant ainsi qu'une dysthymie, alors que le Dr M_____ avait diagnostiqué un épisode dépressif moyen et que, pour sa part, le SMR avait posé un diagnostic d'évolution anxio-dépressif réactionnelle après traumatisme cervical et qu'enfin, les experts de la PMU avaient, quant à eux, retenu un diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique. En outre, il a exposé que l'amélioration survenue dans la capacité de gain ne pouvait modifier le droit aux prestations qu'à partir du 1er mai 2006 et non pas à partir du 1er février 2006. En conséquence, il a conclu au report au 1er mai 2006 de la date de la diminution des prestations.

28. Le 12 mars 2007, le Tribunal a communiqué cette écriture à la recourante puis, le 3 avril 2007, il a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

   Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont applicables (ATF 127 V 467 consid. 1).

   Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. La décision date du 7 décembre 2006 et a été reçue au plus tôt le lendemain alors que le délai de recours n'a commencé à courir que le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 LPGA), soit le 9 décembre 2006, et est arrivé à échéance au plus tôt le 22 janvier 2007 (art. 38 al. 4 let. c LPGA). La preuve de la notification d'une décision administrative et de la date à laquelle cette notification a eu lieu incombe, en

principe, à l'administration. Celle-ci supporte les conséquences de l'absence de preuve, en ce sens que si la notification, ou sa date, sont contestées, et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 124 V 402 consid. 2a, 103 V 66 consid. 2a; RAMA 1997 n° U 288 p. 444 consid. 2b et les références). La décision du 9 décembre 2006 ayant été notifiée sous pli simple, c'est à l'administration de supporter le risque inhérent à une telle modalité d'envoi. Or, l'intimé n'est pas en mesure d'apporter la preuve de la notification de cette décision de sorte qu'il faut admettre que le recours du 23 janvier 2007 a été formé en temps utile. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, il est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

4. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité de la recourante et en particulier sur la diminution à un quart de rente à partir du 1er mai 2006.

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 l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGA. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid 3.2).

   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. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, si la capacité de gain d'un assuré ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 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). 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 (art. 16 LPGA).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa nouvelle teneur), 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.

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6) qui ne constitue pas à lui seul une base suffisante pour conclure à une invalidité. En effet, on ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

7. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes

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

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

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

8. La recourante soutient, en se basant sur le rapport d'expertise de la PMU et de ses divers médecins traitants, que sa capacité de travail dans une activité adaptée est nulle, alors que l'intimé prétend qu'elle est entière en s'appuyant sur le rapport des médecins du SMR.

   Dans leur rapport du 10 juillet 2006, les experts de la PMU ont diagnostiqué, d'une part avec incidence sur la capacité de travail, un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F. 32.2) et des cervicalgies chroniques persistantes après distorsion cervicale simple de degré un à deux, d'autre part sans influence sur la capacité de travail, un excès pondéral léger. Ils ont expliqué que, malgré la préexistence d'une spondylarthrose, la symptomatologie, puis son augmentation plus de deux ans après le traumatisme initial, ne pouvaient pas être expliqués selon un modèle biomédical seul. Les experts de la PMU ont souligné que l'accident avait été vécu comme un traumatisme psychologique important par la patiente et qu'ils avaient été frappés par la présence d'une atteinte à la santé psychique sévère avec un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique qui se manifestait par une asthénie, des troubles de la concentration, une perte d'estime de soi, une perte d'espoir de guérison, des troubles du sommeil avec cauchemars, une thymie triste, une perte de l'élan vital, une anhédonie ainsi que des épisodes de dépersonnalisation associés à une importante composante anxieuse et à des comportements d'évitement face aux voitures.

Le rapport des médecins de la PMU se base sur un examen clinique de la recourante ainsi que sur un consilium psychiatrique et rhumatologique. Il prend également en considération les plaintes exprimées par la recourante et a été établi en pleine connaissance tant d'une anamnèse systématique, psychosociale et professionnelle, que du dossier médical ainsi que radiologique. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les médecins de la PMU se sont exprimés sur l'évolution de l'état de santé, sur la capacité de travail et sur les limitations fonctionnelles, enfin, ils ont dûment motivé leur point de vue. Leurs conclusions sont cohérentes et convaincantes, en tant que, notamment, elles reposent sur un status clinique.

L'intimé conteste la valeur probante de ce rapport d'expertise en soutenant que, selon la CIM-10, un diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques doit répondre aux critères généraux d'un état dépressif, réunir trois symptômes B et au moins cinq symptômes C de la rubrique F32.0, alors que le status psychiatrique décrit dans l'expertise ne permet pas de mettre en évidence les huit symptômes requis. En outre, il considère que les experts de la PMU n'ont pas pris en compte la composante anxieuse dans leur diagnostic et que l'expertise réalisée par le SMR a une pleine valeur probante.

Dans leur rapport du 24 mars 2006, les médecins du SMR ont diagnostiqué, d'une part avec répercussion sur la capacité de travail, des rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques du rachis et de troubles dégénératifs de la colonne cervicale avec hernie discale C4-C5 et status après entorse cervicale, une insuffisance cardiaque compensée dans le cadre d'une cardiopathie rhumatismale, d'un status après valvuloplastie pour sténose mitrale sévère et d'une sténose aortique discrète avec régurgitation aortique modérée, d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, un vitiligo, une évolution anxio-dépressive réactionnelle après traumatisme cervical (trouble anxieux et dépressif mixte; F 41.2).

Lors de l'examen physique, le Dr K_____ n'a pas mis en évidence de signes d'insuffisance cardiaque et de dyspnée lors des petits efforts pratiqués pendant l'examen clinique. En revanche, il a observé une déambulation normale, un accroupissement incomplet en raison de lombalgies, l'absence de troubles de l'équilibre, des douleurs cervicales et de la charnière lombo-sacré. Au status psychiatrique, le Dr L_____ a constaté, d'une part, l'absence de troubles formels de la pensée et de symptômes de la lignée psychotique, d'autre part, la présence d'une thymie et d'un élan vital dans les limites de la norme, enfin, l'absence d'une perte tant de projection dans le futur que d'espoir que les symptômes puissent s'améliorer. Dans leur appréciation consensuelle du cas, les médecins du SMR ont expliqué que le status neurologique était sans particularité et que l'assurée ne présentait aucun signe d'insuffisance cardiaque. Au vu des pathologies rhumatologiques et ostéoarticulaires, ils ont admis une incapacité de travail de 100% dans l'activité d'aide hospitalière et une capacité de travail

complète dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles. En revanche, sur le plan psychiatrique, ils ont observé une série de symptômes de la lignée dépressive et de la lignée anxieuse avec des signes d'un comportement d'évitement de gravité légère. Ils ont estimé que le trouble observé correspondait le plus probablement à un trouble de l'adaptation de longue durée de caractère psycho-réactionnel avec des éléments anxieux et dépressifs.

Leurs conclusions ne sont pas convaincantes. En effet, les status psychiatriques dépeints, d'une part, par le Dr L_____ et, d'autre part, par les psychiatres de la PMU ne concordent pas, voire même sont contradictoires ce qui dénote une appréciation foncièrement différente des mêmes faits. En effet, le psychiatre du SMR fait état de quelques symptômes de la lignée dépressive, à savoir des trouble de la concentration, de l'irritabilité, de la fatigabilité, une légère diminution de l'envie de faire des choses agréables et de symptômes de la lignée anxieuse avec des signes d'un comportement d'évitement de gravité légère qui ne correspondent en rien au lourd status psychiatrique retenu par les psychiatres de la PMU. Pour leur part, ceux-ci décrivent une perte d'élan vital, une perte de libido, une perte d'espoir de guérison ainsi qu'un isolement social, la présence de cauchemars et d'insomnies, l'absence d'intérêt pour les autres, un sentiment d'être diminuée et de dépendance envers son mari, une irritabilité, de la tristesse, des épisodes de dépersonnalisation associés à des céphalées intenses, un sentiment d'incapacité à prendre des initiatives et de crainte à se retrouver seule dans la rue, une peur de conduire la voiture, une tolérance difficile au rôle de passagère, un sentiment d'intense anxiété lorsqu'elle doit traverser la route, des attitudes d'évitement. A ce sujet, le Tribunal remarque que la recourante a renoncé à la visite de sa fille pour Noël 2006, qui vit pourtant en Italie, ce qui démontre un isolement social important que le Dr L_____ n'a pourtant pas constaté.

Par ailleurs, dans son rapport du 26 juin 2006, le Dr M_____ diagnostique un état dépressif moyen et considère que la capacité de travail dans une profession adaptée est nulle. Il conteste l'appréciation des médecins du SMR en expliquant que l'assurée a des difficulté à verbaliser ses souffrances et qu'elle a tendance à se montrer d'accord avec son interlocuteur de sorte que, dans un premier temps, on a l'impression de percevoir un certain optimisme, mais qu'elle s'inquiète pour les plus petites choses et qu'elle est très centrée sur sa maladie cardiaque avec une tendance à l'isolement, une thymie abaissée, des troubles du sommeil avec éveil précoce, une fatigue, une irritabilité, des difficultés à organiser la vie de la journée, un sentiment de dévalorisation, un manque de plaisir pour les actes habituellement agréables de la vie quotidienne, des difficultés à démarrer la journée, une morosité vis-à-vis de l'avenir et un manque de confiance en elle-même.

Ce status psychiatrique décrit par le Dr M_____ correspond à celui que les Drs P_____ et Q_____ ont dépeint et les explications convaincantes du Dr M_____ permettent de comprendre pourquoi, lors de l'unique examen des

médecins du SMR, ces derniers n'ont pas mis en évidence certains symptômes pourtant constatés par les autres psychiatres. Même si les diagnostics psychiatriques posés par les Drs M_____ et les psychiatres de la PMU ne concordent pas, en revanche, leur appréciation de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée coïncident, à savoir qu'elle est nulle. Or, ce qui importe pour juger du droit aux prestations d'un assuré, c'est la répercussion de l'atteinte à la santé diagnostiquée sur la capacité de travail (art. 4 al. 1 LAI, art. 16 LPGA). Seule la réponse à cette question intéresse finalement le juriste dans une procédure portant sur l'incapacité de travail ou l'invalidité; le débat médical relatif à la dénomination diagnostique la mieux appropriée pour décrire l'état de souffrance du patient se révèle dans ce contexte plutôt secondaire (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 64, note 93). En définitive, que la recourante présente un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique ou bien un état dépressif moyen, son incapacité de travail est totale dans une activité adaptée.

Quant à l'argument que les critères selon la CIM-10 ne sont pas présents chez la recourante pour poser le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, il ne peut pas être retenu. En effet, au vu des positions divergentes de leurs confrères, les médecins du SMR ne pouvaient pas se borner à renvoyer de façon générale ainsi que sommaire aux critères de la CIM-10, mais il leur appartenait de rendre vraisemblable leurs objections en expliquant en détails pourquoi ils contestaient tant les diagnostics posés par les experts de la PMU que leur appréciation de la capacité résiduelle de travail et pourquoi ils posaient un diagnostic divergent, en étayant leurs allégations par une énumération précise des critères non réalisés.

En outre, les divers médecins traitants non psychiatres ont également considéré que la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée était nulle. En effet, dans un rapport du 6 juin 2006, le Dr J_____ note, entre le mois de décembre 2005 et le printemps 2006, une très importante détérioration de l'état de santé psychologique de la patiente qui semble extrêmement dépressive. Il estime que l'examen effectué par le SMR est adéquat mais ne tient pas compte de l'aggravation de l'état psychiatrique de la patiente. Par ailleurs, dans un rapport du 16 juin 2006, le Dr D_____ expose que des symptômes de la lignée dépressive sont présents et que l'affection somatique cardiaque joue certainement un rôle limitant dans l'amélioration psychique de la patiente. Même si, comme le relève à juste titre l'intimé, la spécialisation du Dr S_____ ne lui permet pas de poser un diagnostic psychiatrique, les observations de ce médecin ne peuvent, toutefois, pas être écartées d'un revers de main. En effet, d'une part, il n'a pas posé de diagnostic psychiatrique, mais il a fait état d'une aggravation de la santé psychique de la recourante, d'autre part, son appréciation concorde avec celle du Dr D_____ et cette unanimité des médecins traitants ne peut que confirmer le doute quant au bien

fondé des conclusions des médecins du SMR. En définitive, les rapports des médecins du SMR sont insuffisamment motivés et peu convaincants de sorte qu'ils ne sont pas en mesure de jeter le doute sur les conclusions de l'expertise de la PMU.

Quant au rapport du Dr J_____ daté du 17 janvier 2007, il n'est pas possible de le prendre en considération dans le cadre de la présente procédure, dès lors qu'il est postérieur à la décision entreprise du 7 décembre 2006 et qu'il invoque une aggravation de l'état de santé de la patiente sur la base du nouveau test d'effort pratiqué le 11 janvier 2007, soit après la décision sur opposition du 22 juin 2006. Etant donné que le précédent test d'effort date du 10 octobre 2005, il n'est pas possible de dater la prétendue aggravation et donc de déterminer si cette dernière porte sur la situation antérieure ou postérieure à la décision litigieuse. Or, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue et ne tient pas compte des circonstances survenues après la décision litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b; ATFA non publié du 20 mars 2006, I 644/04, consid. 4).
Etant donné qu'aucun des allégués de l'intimé ne permet de douter de la valeur probante du rapport des médecins de la PMU et de leur appréciation d'une capacité de travail résiduelle raisonnablement exigible nulle dans une activité adaptée, force est de constater qu'il remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et la référence).

9. Il convient d'examiner s'il existe un changement important des circonstances propre à justifier le passage d'une rente entière à un quart de rente dès le 1er février 2006. Or un tel examen ne peut intervenir que par le biais d'une comparaison entre les différents états de faits successifs (ATFA non publié du 22 juillet 2002, I 592/01, consid. 3a), à savoir ceux existants entre le 20 août 2004 et le 31 janvier 2006.

   Pour la période du 20 août 2004 jusqu'à l'examen par les médecins du SMR, l'intimé a considéré, sur la base des divers rapports médicaux, que la recourante présentait un degré d'invalidité de 100%. Il s'est appuyé pour cela, notamment, sur le rapport d'expertise du Dr E_____ du 5 mars 2004 qui a estimé que l'incapacité de travail était encore justifiée et qu'il n'y avait pas d'autres activités exigibles actuellement mais qu'une prise en charge psychiatrique et une éventuelle thérapie cognitivo-comportementale pourraient s'avérer utiles. Puis, dans leur rapport d'expertise du 10 juillet 2006, les experts de la PMU ont conclu à une capacité de travail nulle tant dans l'activité actuelle que dans une activité adaptée. En conséquence, il faut admettre que, dès le 1er février 2006, il ne s'est produit aucune amélioration notable tant de l'état de santé de la recourante que de sa capacité de gain de sorte que l'intimé n'était pas en droit de modifier la rente entière versée dès le 1er août 2004.

Il appartiendra à l'intimé de prévoir une révision du droit à la rente (art. 87 RAI) et, dans ce cadre, de mettre en œuvre une expertise externe auprès d'un psychiatre.

10. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 7 décembre 2006 sera annulée en tant qu'elle supprime le droit à la rente entière d'invalidité dès le 1er février 2006. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA).

11. En vertu de l'art. 69 al. 1 bis LAI, entré en vigueur le 1er juillet 2006, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est soumise à des frais de justice, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 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 et annule la décision de l'OCAI du 7 décembre 2006 au sens des considérants.

3. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1er février 2006.

4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.

5. L'émolument, fixé à 500 fr., est mis à la charge de l'intimé.

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral

(Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

Le greffier : La présidente

Pierre RIES Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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