REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/312/2007 **ATAS/805/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 11 juillet 2007

En la cause

Madame C_____, domiciliée , 1227 LES ACACIAS, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître ANDERS Michael	recourante

contre

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

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Bertrand REICH, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame C_____, née le 1961, mariée, mère de trois enfants, d'origine portugaise, a travaillé dès l'âge de 14 ans dans une fabrique de couture au Portugal. En Suisse depuis 1982, l'intéressée a effectué des ménages puis, dès l'obtention de son permis de séjour en 1989, elle a été engagée en qualité d'employée d'intendance à la Clinique de la Colline à Genève, à plein temps.

2. En dehors d'un congé maternité en 2000, l'intéressée n'a eu que quelques absences à son travail, toutes de courte durée, justifiées par les lombalgies dont elle souffre. Depuis le 9 janvier 2002, elle est en incapacité totale de travail en raison d'une hernie discale L3-L4 qui a été opérée le 3 mai 2002. L'intéressée a été licenciée avec effet au 31 octobre 2002, pour raisons de service et d'absence pour longue maladie.

3. L'intéressée a déposé en date du 27 février 2003 une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) visant à l'octroi d'une rente.

4. Dans son rapport adressé à l'OCAI en date du 10 mars 2003, la Dresse A_____, spécialiste FMH en médecine interne, endocrinologie-diabétologie, a posé le diagnostic de hernie discale L3-L4 intra foraminale gauche opérée le 3 mai 2002 entraînant une incapacité de travail totale depuis le 9 janvier 2002. La patiente est également traitée pour une hypertension artérielle depuis 2000, sans influence sur la capacité de travail. Le médecin expose que depuis l'intervention, la force musculaire du membre inférieur gauche s'est légèrement améliorée, mais que les douleurs persistent, irradiant dans le membre, avec sensation de faiblesse, de lâchage et surtout antalgique. L'examen neurologique met en évidence surtout une discrète parésie proximale du membre inférieur gauche. Les réflexes ostéo-tendineux sont symétriques, notamment les rotuliens, et il n'y a pas de déficit sensitif. A l'IRM pratiquée le 9 septembre 2002, il est noté une discrète discopathie L4-L5, S1, ainsi qu'une fine lame d'épanchement intra-articulaire au niveau des articulaires postérieurs L4 du côté gauche et L5-S1 également du côté gauche. Il n'y a pas d'argument en faveur d'une récidive herniaire. Le pronostic quant à la reprise du travail est réservé.

5. Les Drs. B_____, Chef de clinique-adjoint, et. C_____, médecin interne, de la Clinique de neurochirurgie des ("établissement hospitalier") ont établi un rapport à l'attention de l'OCAI en date du 14 novembre 2003. Le diagnostic posé est celui de hernie discale L3-L4 gauche, depuis mi-décembre 2001. Le 3 mai 2002, le Dr B_____ a procédé à une discectomie. Après l'intervention, la patiente a signalé une disparition complète des douleurs dans le membre inférieur gauche, avec persistance cependant de douleurs lombaires. L'incapacité de travail est de 100 % du 1er janvier 2002 au 26 juin 2002. A la consultation du 27 juin 2002, le Dr

B_____ a relevé que les suites étaient favorables, avec disparition totale des douleurs dans la cuisse gauche et amélioration de la force au niveau de l'ilio-psoas. Il n'y a pas de déficit sensitif, ni de signe d'irritation. Il a proposé d'organiser quelques séances de physiothérapie afin de tonifier la musculature de la cuisse et para-lombaire. Une reprise de travail serait envisageable théoriquement à quatre semaines du traitement chirurgical.

6. Dans un rapport médical intermédiaire du 8 décembre 2003, la Dresse A_____ indique que l'état de santé est resté stationnaire, que l'évolution actuelle est marquée par la persistance des douleurs lombaires au moindre effort avec irridiation continuelle au niveau du membre inférieur gauche. L'incapacité de travail est à 0 % (recte : 100 %) surtout en raison des douleurs, il n'y a pas de limitation fonctionnelle. En raison de l'absence d'un déficit neurologique majeur, les plaintes sont surtout subjectives et liées aux douleurs déclenchées par la station debout et la marche. Le pronostic quant à la reprise du travail est très réservé en raison de la persistance des douleurs chroniques.

7. A la demande de l'OCAI, la Dresse D_____ a établi un rapport en date du 20 juillet 2004. Elle a posé les diagnostics de lombalgies gauches chroniques, fibromyalgie et état dépressif réactionnel. L'incapacité de travail est de 100 %. Décrivant les limitations fonctionnelles, le médecin relève que la patiente doit notamment alterner les position, éviter la position à genoux, accroupie, de porter ou déplacer des charges, le travail en hauteur, les déplacements sur sol irrégulier ou en pente. L'activité antérieure n'est plus possible, et dans une autre profession, à savoir dans une activité légère, la Dresse E_____ mentionne qu'une capacité de travail de 50 % est à essayer, tout en précisant que le résultat sera probablement négatif.

8. L'OCAI a ordonné une expertise psychiatrique et a mandaté le Dr F_____, Chef de clinique, "établissement hospitalier". Dans son rapport du 26 avril 2005, l'expert mentionne qu'au status clinique la patiente se plaint de douleurs cervicales lombaires et de douleurs diffuses sans parvenir à déterminer laquelle la fait le plus souffrir. La thymie est décrite comme fluctuante, généralement triste avec pleurs fréquents, non observés durant l'entretien. Il y a une perte d'entrain, mais pas d'idées noires, ni de dévalorisation. Un léger trouble du sommeil est décrit avec difficultés d'endormissement, ainsi que des épisodes anxieux occasionnels avec dyspnée et tremblements, compatibles avec des attaques de panique. Les diagnostics retenus sont un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis juin 2002, avec status post cure de hernie discale L3-L4 et fibromyalgie, ainsi qu'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis mars 2004. Dans l'appréciation du cas, l'expert mentionne que la douleur constitue la plainte principale. Quant à l'épisode dépressif, il n'y a pas de critères de gravité tels que des sentiments de culpabilité, une atteinte sévère de l'estime de soi ou des idées de mort, de sorte qu'il doit être qualifié de moyen. La situation de la patiente ne doit pas être considérée comme

fixée, ni sur le plan des plaintes somatiques, ni sur le plan de l'atteinte psychique qui pourrait être améliorée par un traitement psychothérapeutique et la poursuite de l'antidépresseur. La patiente conserve de bonnes capacités d'intégration sociale. S'agissant de la capacité de travail, l'expert relève que sur le plan psychique, la patiente présente un épisode dépressif de gravité moyenne qui entraîne une perte de motivation et un léger ralentissement dans la réalisation des tâches, sans répercussion majeure dans l'accomplissement de son rôle familial et social. Pour le surplus, il dit partager l'avis de la Dresse E_____ et l'on peut envisager au mieux une activité à 50 % dans un domaine exigeant peu d'efforts physiques.

9. Dans un rapport daté du 19 juillet 2005, le Dr. G_____, chef de clinique du service de neurochirurgie des "établissement hospitalier", indique que les limitations fonctionnelles concernent le nombre d'heures de travail et surtout les mouvements demandés au travail. La capacité de travail comme employée de maison est d'au maximum 20 %, même dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, ce depuis le mois de septembre. Questionné par l'OCAI, le Dr G_____ a répondu en date du 21 septembre 2005 qu'il était d'accord avec une réadaptation à 50 %, avec alternance des positions et de courtes déambulations. Sur quoi, le SMR Suisse romande a préconisé un examen orthopédique.

10. Le Dr. H_____, du SMR, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, a examiné l'assurée en date du 16 décembre 2005. Dans son rapport du 6 mars 2006, il a retenu les diagnostics de lombosciatalgies à gauche persistantes après cure d'hernie discale L3-L4 foraminale gauche et parésie discrète résiduelle du quadriceps et du psoas iliaque à gauche, entraînant des répercussions sur la capacité de travail. Les autres diagnostics, à savoir la fibromyalgie, l'obésité, l'état dépressif moyen avec syndrome somatique, l'hypertension artérielle et l'hypothyroïdie sont sans influence sur la capacité de travail. Il relève que malgré la cure d'hernie discale, l'assurée continue à avoir des lombosciatalgies à gauche, tableau auquel s'ajoute une fibromyalgie avec des douleurs chroniques de localisations multiples. L'assurée peut effectuer un travail sédentaire ou semi-sédentaire, sans port de charges lourdes supérieures à 10 kg, elle doit éviter de se pencher en avant ou de travailler en porte-à-faux, doit pouvoir alterner la position assise avec la positon debout à sa guise et des déplacements à plat son possibles. Dans l'activité habituelle, la capacité de travail est de 0 % et dans une activité adaptée respectant les limitations, la capacité de travail est de 100 %, avec une baisse de rendement de 30 %, depuis juin 2003. Le taux de diminution de rendement pourra être déterminé plus précisément après un stage d'observation.

11. Sur cette base, le SMR a estimé, dans son avis du 7 avril 2006, que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais qu'elle est de 100 % dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 30 %.

12. La Dresse E_____ a établi un certificat médical intermédiaire en date du 8 juin 2006, précisant que l'état de santé de la patiente est stationnaire depuis 2005, que la capacité de travail est de 100 % (recte : *incapacité* de travail), l'activité physique légère étant ressentie comme douloureuse.

13. La Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a rédigé un rapport en date du 15 juin 2006 dont il résulte que des mesures professionnelles de sont pas indiquées, l'assurée disant qu'elle ne peut plus travailler, de même qu'un stage d'observation professionnelle. En effet, en présence d'une fibromyalgie et d'un trouble somatoforme douloureux, le stage n'aboutirait pas au résultat escompté, car l'assurée ne se soumet pas à l'observation dans ces cas-là. La Division de réadaptation professionnelle a procédé en conséquence à l'évaluation de l'invalidité de manière théorique, en se fondant sur l'exigibilité retenue par le SMR, soit une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 30 %. Après un abattement de 10 % en raison de la possibilité d'effectuer seulement des travaux légers, le degré d'invalidité 43,96 %.

14. Par décision du 8 décembre 2006, l'OCAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité pour le période du 1er janvier 2003 au 31 août 2003, puis un quart de rente dès le 1er septembre 2003 pour un degré d'invalidité de 44 %, assortie de rentes complémentaires pour conjoint et enfants.

15. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assurée interjette recours en date du 26 janvier 2007, contestant la diminution de la rente d'invalidité. Elle soutient que le revirement du Dr G_____ dans l'appréciation de sa capacité de travail n'est pas motivé ni justifié. Elle soutient que les seules expertises qui peuvent être qualifiées de pluridisciplinaires sont celles des Dr E_____ et F_____, lesquels considèrent qu'au mieux, une activité à 50 % dans un domaine exigeant peu d'efforts physiques est envisageable. Elle rappelle que selon le Dr F_____, son cas n'est pas encore fixé, car dans sa prise de position du 22 août 2006, il jugeait qu'il était encore trop tôt pour qu'une décision définitive soit prise. Selon la recourante, le Dr H_____ n'explique nulle part pourquoi il n'a pas retenu les conclusions du psychiatre, si ce n'est en affirmant qu'il écarte son diagnostic car les douleurs de la recourante s'expliquent par la fibromyalgie. Elle allègue que ses douleurs sont parfaitement objectivables en raison de la hernie discale. En prenant en compte la diminution de rendement de 50 % déterminée par les Dr F_____ ou G_____, son degré d'invalidité atteint 60 %. Elle conclut préalablement à ce que des compléments d'expertise soient ordonnés et, principalement, à l'octroi de trois quarts de rente d'invalidité.

16. Dans sa réponse du 5 mars 2007, l'OCAI relève que son appréciation repose sur une expertise psychiatrique d'avril 2005 et sur une expertise orthopédique réalisée en décembre 2005. Il expose que les raisons pour lesquelles la fibromyalgie que présente la recourante n'est pas considérée comme invalidante sont expliquées dans

la décision querellée et qu'il s'est en conséquence tenu aux seules limitations fonctionnelles objectives. Il se réfère aux conclusions du SMR, soit à une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 30 % dès le mois de juin 2003. De la comparaison des gains, il résulte ainsi un degré d'invalidité de 44 %. S'agissant des mesures professionnelles, elles n'entrent pas en ligne de compte, au vu du rapport de réadaptation professionnelle du 15 juin 2006, selon lequel l'assurée est persuadée d'être totalement incapable de travailler. L'OCAI conclut au rejet du recours.

17. Ces écritures ont été communiquées à la recourante, laquelle, par courrier du 27 avril 2007, a déclaré persister dans ses conclusions, notamment quant à un complément d'expertise.

18. Après avoir transmis ce courrier à l'OCAI en date du 30 avril 2007, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

   En l'occurrence, une partie des faits déterminants se situent avant le 1er janvier 2003 ; toutefois, comme l'ouverture du droit à une rente intervient dès le 1er janvier 2003, la LPGA s'applique au cas d'espèce.

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

4. L'objet du litige porte sur la diminution de la rente d'invalidité octroyée à la recourante, soit un quart de rente dès le 1er septembre 2003.

5. 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 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).

   Par ailleurs, 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.). 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. 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).

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

7. En l'espèce, il résulte des pièces médicales que la recourante, outre une hernie discale, présente une fibromyalgie, ainsi que la Dresse E_____ l'a diagnostiqué. C'est dès lors à juste titre que l'intimé a ordonné une expertise

psychiatrique afin de déterminer si les troubles présentés par la recourante sont invalidants au sens de la jurisprudence.

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

Le Tribunal fédéral des assurances a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 354 et 131 V 50), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que

des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (arrêt S. précité, consid. 4.2.1 et 4.2.2).

Selon le TFA, quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants précités - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in : Praxis 94/2005, p. 2007 ss.). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (arrêt S. précité, consid. 4.3).

Dans son rapport d'expertise, le Dr F_____, psychiatre, a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant depuis juin 2002, avec status post cure de hernie discale L3-L4, fibromyalgie, ainsi qu'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis mars 2004. La thymie est décrite comme fluctuante, avec perte d'entrain et un léger trouble du sommeil. La douleur constitue la plainte principale de la recourante. Sur le plan psychique, l'épisode dépressif est qualifié de moyen, car l'expert n'a pas mis en évidence des critères de gravité tels que des sentiments de culpabilité, d'atteinte sévère de l'estime de soi ou d'idées de mort. L'état psychique ne peut pas être considéré comme fixé, car il pourrait être amélioré par un traitement thérapeutique et la poursuite du traitement par antidépresseurs. Il a relevé enfin que la recourante a conservé ses capacités d'intégration sociale. L'expert retient, certes, 50 % de capacité de travail dans une activité adaptée, mais il fait référence à des limitations physiques et non psychiques.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que la recourante ne présente pas de comorbidité psychiatrique d'une durée et d'une acuité telle pour que la fibromyalgie et le trouble somatoforme douloureux soient considérés comme invalidants au sens de la jurisprudence susmentionnée.

8. En conséquence, seules les limitations fonctionnelles du point de vue somatique sont à retenir. A cet égard, il convient de relever que tous les médecins consultés s'accordent à dire que la recourante ne peut plus exercer son ancienne activité.

Selon la Dresse A_____, la recourante ne présente pas de déficit neurologique majeur, de sorte qu'il n'y a pas de limitation fonctionnelle, les plaintes étant surtout subjectives et liées aux douleurs déclenchées par la station debout et la marche.

En revanche, les limitations fonctionnelle décrites par la rhumatologue sont les suivantes : la recourante doit alterner les positions, éviter la position à genoux, accroupie, de porter ou déplacer des charges, le travail en hauteur et les déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Dans une activité adaptée, la Dresse E_____ estime qu'une capacité de travail à 50 % est à essayer. Les limitations décrites par la rhumatologue rejoignent pour l'essentiel celles relevées par le neurochirurgien (alternance ces positions et courtes déambulations). S'agissant de la capacité de travail, le Dr G_____ l'a estimée tout d'abord à 20%, même dans une activité adaptée, puis à la demande de l'intimé, il a indiqué qu'il était d'accord avec une réadaptation à 50%, sans autre explication.

Au vu des conclusions discordantes des médecins, un nouvel examen était ainsi justifié. Après avoir examiné la recourante, le Dr H_____ a relevé les mêmes limitations fonctionnelles que la rhumatologue et conclu qu'elle pouvait exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire à 100 %, avec une diminution de rendement de 30 %, ce depuis juin 2003.

Le Tribunal de céans constate que le rapport du Dr H_____ remplit toutes les conditions requises par la jurisprudence pour se voir attribuer pleine valeur probante. En effet, il comporte une anamnèse complète, repose sur l'ensemble des éléments du dossier et les plaintes de la recourante ont été prises en compte. Après avoir procédé à l'examen de la recourante, le Dr H_____ a pris des conclusions claires et bien motivées qui emportent la conviction du Tribunal de céans.

Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre que la recourante présente une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 30 %.

9. Reste à déterminer le degré d'invalidité de la recourante.

Chez les assurés actifs, 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 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).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

En l'espèce, lors de l'ouverture du droit à la rente le 1er janvier 2003, la recourante aurait réalisé un gain de 54'457 fr. dans son ancienne activité d'employée d'intendance, gratification comprise, ce qu'elle ne conteste au demeurant pas..

Quant au revenu d'invalide, il convient de se référer, en l'absence de l'exercice d'une activité lucrative, au salaire auquel peuvent prétendre les femmes pour des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir 3'820 fr. par mois (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, TA1, p. 43). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux problèmes de la recourante. 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 2002 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2004, p. 90, B9.2), ce montant doit être porté à 3'982 fr. 35 par mois ou 47'788 fr. par année. Après

adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour l'année 2003 (1,4 %; La Vie économique, 10-2004, p. 91, B10.2), on obtient un revenu annuel de 48'465 fr. par an. Compte tenu d'une diminution du rendement de 30 %, le revenu d'invalide s'élève à 33'925 fr. 50. par année.

L'intimé a encore procédé à un abattement - généreux - de 10 % pour tenir compte de la limitation aux seuls travaux légers, de sorte que le revenu d'invalide se monte à 30'532 fr. 95 par année. Comparé au revenu réalisé avant l'invalidité, il en résulte un degré d'invalidité de 43,93 %.

Force est de constater que le calcul auquel a procédé l'intimé ne prête pas le flanc à la critique. Il était ainsi fondé à réduire la rente à un quart de rente dès le 1er septembre 2003 (cf. art. 88a al. 1 RAI).

10. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, entré en vigueur le 1er juillet 2006, un émolument, fixé en l'espèce à 300 fr., est mis à la charge de la recourante, qui succombe.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. L'émolument, fixé à 300 fr., est mis à la charge de la recourante.

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

La greffière	La présidente
Sylvie CHAMOUX	Juliana BALDE

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