

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3436/2007

ATAS/115/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 6**

**du 28 janvier 2008**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à CHATELAINE, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître LOCCIOLA  
Maurizio

recourante

contre

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

intimé

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

---

### EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_, mariée, mère de quatre enfants nés en 1972, 1973, 1975 et 1985, de nationalité portugaise, est titulaire d'une autorisation d'établissement C. Elle est entrée en Suisse en 1983.

Elle a exercé une activité de nettoyeuse dès 1984 à un taux entre 60 et 100 % depuis le 2 février 1998 auprès de X\_\_\_\_\_ SA, pour un salaire horaire de 18 fr. 35 + 8,33 % et un horaire de 35 heures par semaine.

2. Dès le 7 décembre 1999, elle a été en incapacité totale de travailler et a bénéficié d'indemnités journalières perte de gain de l'HELSANA jusqu'au 4 mars 2002.
3. La Dresse L\_\_\_\_\_, FMH médecine interne, a suivi l'assurée depuis le 4 janvier 2000 et a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 11 janvier 2000.
4. Le 17 mars 2000, le Dr M\_\_\_\_\_, FMH rhumatologie, a posé le diagnostic de fibromyalgie et dorsolombalgie sur troubles de la statique et mentionne que la kinésithérapie était bénéfique.
5. Le 27 novembre 2000, à la demande de la SUPRA, assurance-maladie perte de gain de l'employeur, le Dr N\_\_\_\_\_, FMH rhumatologie, a rendu une expertise fondée sur un examen clinique et des radiographies, CAT-scan et IRM effectuées, entre janvier et novembre 2001. L'assurée se plaignait de lombalgies, de douleurs aux épaules, poignets, nuque, bras, fesses, de céphalées, de douleurs faciales, de dysesthésies au pied droit, d'une asthénie intense à l'effort et d'une symptomatologie abdominale.

Elle présentait un syndrome fibromyalgique floride. Les autres diagnostics ne correspondaient à aucune gravité anatomique. L'incapacité de travail était justifiée. La patiente ne lui était pas apparue dépressive, mais elle avait de la peine à assumer un poste de travail. Elle avait suivi avec assiduité les traitements ordonnés et tenté sans succès de reprendre son travail. Un traitement antidépresseur était nécessaire.

6. Le 14 février 2001, l'assurée a déposé une demande de prestation de l'AI en mentionnant des hernies discales, discopathies, opération au genou droit et une fibromyalgie.
7. Le 9 mars 2001, le Dr M\_\_\_\_\_, a rempli un rapport médical AI dans lequel il diagnostique une fibromyalgie, un état dépressif et des lombalgies chroniques sur troubles statiques. Il suivait l'assurée depuis le 28 janvier 2000. Celle-ci avait de la peine à faire une relation entre ses douleurs et son état psychologique et était en incapacité totale de travailler dans toute activité.

8. Le 11 décembre 2001, la Dresse L\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical AI dans lequel elle diagnostique *"Hernie discale extra-canalairale foraminale droite en L3-L4. Discopathie protrusive L4-L5 et prolapsus disco-ligamentaire postéro médian L5-S1. Dégénérescence arthrosique débutante de la sacro-iliaque gauche. Troubles de la statique lombo-pelvienne avec raccourcissement du MID provoquant une bascule du bassin. Polyinsertionite. Déchirure de degré III de la corne postérieure du ménisque interne droit. Hypertension artérielle. Urétéro-rénoscopie gauche avec extraction de calculs en déc. 99. Pancréatite biliaire et status post cholécystectomie le 09.05.01."*

Elle atteste d'une incapacité de travail totale du 25 janvier au 2 février 2000 et dès le 3 mars 2000, dans toute activité et prescrit des anti-inflammatoires et antidépresseurs, ainsi que l'école du dos.

9. A la demande de l'OCAI, le Dr O\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rendu le 16 novembre 2002 une expertise dans laquelle il indique qu'il n'y a pas d'affection psychiatrique ni psychologique ayant un caractère cliniquement relevant, ni de diagnostic de trouble somatoforme. Selon un rapport d'examen psychologique du 11 octobre 2002, l'assurée ne présente aucun trouble psychopathologique significatif.

Elle pourrait travailler à 100 % dans un métier simple, sans efforts physiques importants, mais pas celui de nettoyeuse.

10. A la demande de l'OCAI, le Dr P\_\_\_\_\_, médecin-chef au service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du CHUV à Lausanne, a rendu une expertise le 11 novembre 2003.

L'assurée se plaignait de douleurs permanentes dans la région cervicale et lombaire, de fourmillements dans les mains et pieds, de douleurs dans les épaules et le coccyx, de douleurs rachidiennes violentes le matin et de pertes de mémoire.

Il diagnostique un état douloureux chronique touchant la région rachidienne, les membres supérieurs, surtout du côté gauche. Il n'y avait pas de pathologie organique importante susceptible d'entraîner une incapacité de travail dans un métier adapté.

Il relève que, *"malgré le fait qu'une expertise psychiatrique de 2002 a conclu que cette patiente n'avait pas d'état dépressif, on peut se demander si cela est encore valable actuellement. En effet, un traitement régulier de Seropram et de Seresta est utilisé chez cette patiente, ce qui parlerait pour l'hypothèse d'un état dépressif sous-jacent. La patiente signale des troubles mnésiques, ce qui peut également faire penser à un état dépressif latent."*

L'activité antérieure était exigible 7,5 heures par jour, avec une diminution de rendement de 20 % en raison de ralentissements et du manque d'activité durant plusieurs années, soit depuis janvier 2001.

11. Le 15 juin 2004, la Dresse L\_\_\_\_\_ a attesté que l'assurée souffrait d'une périarthrite scapulo-humérale engendrant des douleurs et une limitation fonctionnelle et d'une dépression modérée.
12. Le 1<sup>er</sup> juillet 2004, la Dresse Sylvie R\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que le diagnostic de dépression modérée du médecin-traitant n'avait aucune valeur car il reposait uniquement sur un test subjectif.
13. Le 24 juin 2004, l'assurée a fait l'objet d'un examen psychiatrique au SMR par la Dresse Q\_\_\_\_\_, laquelle a signé son rapport d'expertise du 28 juin 2004 "*psychiatre FMH*". Elle constate qu'il n'y a aucun diagnostic psychiatrique et que l'assurée a une capacité de travail exigible de 100 % dans toute activité.
14. Le 14 juillet 2004, à la demande de l'OCAI, le Dr P\_\_\_\_\_ a précisé qu'il ne pensait pas que la périarthrite scapulo-humérale gauche puisse intervenir dans son appréciation concernant la capacité de travail de l'assurée.
15. Le 2 août 2004, la Dresse R\_\_\_\_\_ a estimé que des facteurs non médicaux expliquaient l'incapacité de travail.
16. Par décision du 4 octobre 2004, l'OCAI a rejeté la demande de prestations en mentionnant que la capacité de travail était de 88 à 93 % dans toute activité. Il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique et le trouble somatoforme douloureux n'était pas invalidant.
17. Le 12 octobre 2004, l'assurée a fait opposition à cette décision. L'expertise du Dr O\_\_\_\_\_ n'était pas probante dès lors que ce médecin avait fait l'objet d'une suspension de son droit de pratique et le SMR ne s'était pas prononcé sur les résultats de l'échelle de Hamilton avancés par le médecin-traitant. Elle présentait en toute hypothèse une invalidité d'au moins 40 % car il fallait tenir compte d'une diminution de rendement de 20 % et d'une déduction de 20 %.
18. Par décision du 8 novembre 2004, l'OCAI a admis l'opposition, annulé sa décision et repris l'instruction du dossier.
19. Par décision du 17 novembre 2004, l'OCAI a rejeté la demande de prestations en constatant que la capacité de travail retenue par le SMR ne correspondait pas à une baisse de rendement de 20 %, mais était liée à l'inactivité depuis plus de trois ans et qu'elle devait disparaître dans un délai de quatre à six semaines.
20. Le 24 novembre 2004, l'assurée a fait opposition à cette décision en faisant valoir une périarthrite scapulo-humérale et une invalidité d'au moins 40 %.

21. Le 22 décembre 2004, la Dresse L\_\_\_\_\_ a attesté d'une périarthrite scapulo-humérale induisant clairement des douleurs à l'épaule, problème qui ne faisait pas partie des troubles somatoformes douloureux, ainsi qu'un syndrome du tunnel carpien bilatéral qu'il fallait investiguer.
22. Le 20 janvier 2005, la Dresse L\_\_\_\_\_ a attesté que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé. Elle avait été opérée du tunnel carpien à droite le 12 mai 2004 et l'état dépressif s'était exacerbé. Les troubles psychiques ne nécessitaient pas une prise en charge psychiatrique.
23. Le 9 février 2005, le Dr S\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique, a constaté une tendinopathie calcifiante de l'épaule gauche avec augmentation des douleurs mais sans limitation fonctionnelle hormis la force de l'épaule diminuée, qui n'avait pas été relevée par le Dr P\_\_\_\_\_ le 11 novembre 2003. L'assurée présentait une fibromyalgie sur laquelle s'était rajoutée une symptomatologie de tendinite calcifiante. Il avait adressé la patiente aux HUG pour une prise en charge chirurgicale.
24. Par décision du 27 mai 2005, l'OCAI a admis l'opposition de l'assurée en constatant qu'une instruction médicale psychiatrique était nécessaire.
25. Dans un avis médical du 3 avril 2006, la Dresse R\_\_\_\_\_ a estimé qu'il convenait d'obtenir le rapport de la Dresse T\_\_\_\_\_, psychiatre-traitante de l'assurée.
26. Le 14 avril 2006, le Dr S\_\_\_\_\_ a informé l'OCAI qu'il n'avait plus de nouvelles de l'assurée depuis le 17 janvier 2005 et qu'il avait effectué un suivi du 4 au 17 janvier 2005.
27. Le 25 avril 2006, le Dr M\_\_\_\_\_ a attesté qu'il y avait peu de modifications par rapport à son rapport de 2001 et qu'il n'avait pas revu la patiente depuis le 29 avril 2005.
28. Le 17 janvier 2007, la Dresse T\_\_\_\_\_ a rendu un rapport médical AI dans lequel elle diagnostique une dépression récurrente grave depuis février 2005 et une incapacité de travail totale. L'assurée était très angoissée, fragile, vulnérable, culpabilisée facilement et présentait un état dépressif depuis l'enfance et une personnalité abandonnique-anxieuse.

La médecin déclarait prescrire un traitement médicamenteux et effectuer une psychothérapie de soutien. Le pronostic était réservé.

29. a) A la demande de l'OCAI, la Clinique romande de réadaptation (CRR) a rendu le 23 avril 2007 une expertise fondée notamment sur un séjour de l'assurée du 16 au

19 avril 2007, un examen clinique, une expertise psychiatrique et une évaluation des capacités professionnelles.

La patiente se plaignait d'un état douloureux diffus. Elle avait subi une ablation de la calcification du sus-épineux gauche en 2005, ce qui avait diminué les douleurs de l'épaule.

b) L'expertise psychiatrique du 17 avril 2007 de la Dresse U\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, pose les diagnostics de dysthymie (F 34.1) et de trouble mixte de la personnalité (F 61.0) :

*"Le caractère des plaintes et la clinique permettent donc d'établir la présence d'un trouble de l'humeur persistant, les critères d'une dysthymie chronique étant réunis. Cette dernière s'est probablement installée, comme c'est souvent le cas, après l'événement majeur qu'a représenté la mort de la mère. Par ailleurs, ce diagnostic n'est pas contradictoire avec celui de dépression retenu en 2005 par son psychiatre traitant ni avec l'absence de trouble de l'humeur retenu par 2 experts en 2002 et 2004, importante fluctuance et extrême réactivité aux événements caractérisant la dysthymie. Ce tableau s'est installé chez une femme plutôt fruste à la capacité d'élaboration et de mentalisation limitée. "décompensant" littéralement une personnalité jusque là peu "bruyante", comme c'est le cas pour les traits de personnalité significatifs retenus ici, traits évitants et anxieux dominés par l'appréhension, le sentiment d'infériorité, la difficulté de nouer des relations sociales et traits dépendants.*

*L'association d'une dysthymie chronique - dont on sait le rôle abrasif sur les capacités et les ressources psychiques - et d'un trouble mixte de la personnalité dominé par les traits évitants (anxieux) et dépendants constitue indéniablement en l'état une atteinte à la santé psychique de cette assurée et par là même un certain degré d'incapacité de travail dans l'activité habituelle de femme de ménage à temps partiel. Le trouble de personnalité "abandonnique" retenu par le Dr V\_\_\_\_\_ dans son rapport n'est pas contradictoire avec le diagnostic retenu ici, s'agissant d'une ancienne dénomination, qui n'est plus retenue par les ouvrages de référence actuels, qui traduit bien un des aspects de la personnalité de cette assurée. Le traitement permet souvent une stabilisation de l'état clinique - comme ici - et non (ou rarement) la guérison au sens usuel du terme.*

*Sur le plan psychiatrique, et même si l'évolution dysthymique date certainement de 1993, on peut de façon arbitraire et médico-théorique lui reconnaître très clairement une valeur incapacitante à partir de février 2005, ce qui correspond à son premier contact avec son psychiatre traitant et au début d'une thérapie de soutien qui se poursuit actuellement et dont l'effet favorable est certain, reconnu du reste par Mme de A\_\_\_\_\_. Cette incapacité de travail sur le plan psychiatrique peut être évaluée comme suit, de façon médico-théorique :*

- 100 % de février 2005 à juillet 2005 (début du traitement psychiatrique)
- 70 % d'août 2005 à décembre 2006 (traitement de soutien intensif) puis
- 50 % à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2007 (début d'un traitement d'entretien).

*Les limitations fonctionnelles sont faites de plaintes diffuses et envahissantes, d'anticipations anxieuses et pessimistes avec sentiment d'incapacité, d'infériorité, d'insécurité, tendance à l'évitement, adynamisme, tendance au repli, troubles conatifs."*

c) Le rapport d'évaluation des capacités fonctionnelles du 16 avril 2007 relève que la volonté de donner le maximum aux tests est insuffisante et le niveau de cohérence pendant l'évaluation est faible.

d) Dans l'appréciation consensuelle du cas, les experts admettent que *"l'assurée présente une atteinte significative à sa santé; cette atteinte est essentiellement de nature psychique, même si les plaintes ont pu par moments suggérer une origine somatique. C'est à partir de l'année 2005, époque où une décompensation de la dysthymie a nécessité une prise en soins psychiatrique spécialisée, qu'on peut faire remonter l'incapacité de travail de longue durée. Cette dernière est liée à diverses limitations fonctionnelles : plaintes diffuses et envahissantes, anticipation anxieuse et pessimiste avec sentiment d'incapacité, d'infériorité, d'insécurité, tendance à l'évitement et au repli, adynamisme."*

L'incapacité de 100 % de février à juillet 2005, de 70 % d'août 2005 à décembre 2006 et de 50 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007 *"est fixée pour une longue durée, voire définitivement fixée. Des mesures de réadaptation professionnelle sont dénuées de sens vu le diagnostic et le contexte culturel, personnel et social. Nous n'avons pas de proposition de modification thérapeutique à soumettre dans la perspective d'une amélioration de la capacité de travail."*

30. Le 1<sup>er</sup> juin 2007, la Dresse R\_\_\_\_\_ du SMR a rendu un avis médical selon lequel, suite à l'expertise auprès de la CRR, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle sur le plan somatique.

D'un point de vue psychique, il était un peu facile de retenir maintenant une atteinte psychique, alors que cette assurée présentait depuis de nombreuses années des plaintes somatiques. De plus, une expertise du Dr O\_\_\_\_\_ et un examen de la Dresse Q\_\_\_\_\_ n'avaient pas retenu de troubles psychiques.

Il n'y avait pas d'incapacité de travail liée à la dysthymie, laquelle n'était que l'accompagnement du trouble douloureux et non pas une maladie psychiatrique invalidante. Même si le diagnostic de TSD persistant avait été posé, il n'aurait pas été invalidant. Quant au trouble mixte de la personnalité, il était présent depuis l'adolescence et n'avait pas empêché l'assurée de travailler. Par ailleurs, le trouble n'était pas décompensé. Du fait de son fonctionnement au sein de son cercle

familial, l'assurée était apte à retrouver une capacité de travail comme décrite dans le rapport du SMR du 2 août 2004. L'expertise ne discutait pas le diagnostic de trouble dépressif récurrent retenu par le psychiatre-traitant. L'assurée ne présentait pas d'atteinte psychiatrique invalidante.

31. Par projet de décision du 11 juin 2007, l'OCAI a rejeté la demande de prestations en considérant que l'assurée était à même de travailler à 100 % dans une activité légère.
32. Par décision du 17 juillet 2007, l'OCAI a confirmé son projet du 11 juin 2007.
33. Le 13 septembre 2007, l'assurée a recouru au Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision précitée en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2001. Il convenait de suivre le rapport d'expertise psychiatrique de la CRR, notamment de constater que c'était l'association des deux diagnostics psychiatriques qui entraînait l'incapacité de travail.

Le trouble mixte de la personnalité avait été évoqué par le psychiatre-traitant en 2005 et il n'était donc pas présent depuis le début de l'âge adulte. Il convenait de suivre le pourcentage de l'invalidité défini par les experts et, en cas de doute, d'entendre la Dresse U\_\_\_\_\_.

34. Le 19 novembre 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours en relevant que les critères jurisprudentiels pour admettre exceptionnellement un caractère invalidant à un TSD n'étaient pas remplis. Les conséquences des diagnostics sur la capacité de travail telles que mentionnées par les experts de la CRR ne pouvaient être suivies au vu des diagnostics et des pièces médicales versées au dossier.
35. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

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

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, le présent recours concerne une demande de prestations du 14 février 2001. Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA, le droit à la rente doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329). Toutefois, 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). Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

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

3. a) Le 1<sup>er</sup> juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a al. 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.
- b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 11 juin 2007, qui a été confirmé par la décision du 17 juillet 2007, contre laquelle l'assurée a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 13 septembre 2007.
- c) Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.
4. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité de la recourante et en particulier sur son droit à une rente de l'assurance-invalidité.
5. a) 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 et art. 28 al. 2 LAI).

b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

c) L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un 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).

6. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit

des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

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 LPG), 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).

b) 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).

c) 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. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

e) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins-traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin-traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

7. a) Préalablement, il convient en l'espèce de relever que dans un arrêt du 31 août 2007 (I 65/07), le Tribunal fédéral a jugé que dans un rapport SMR du 13 septembre 2004, la Dresse Q\_\_\_\_\_, s'était prévalu du titre de psychiatre FMH auquel elle ne pouvait prétendre dès lors que le titre post-grade de spécialiste ne lui avait pas été délivré par la FMH car elle ne disposait pas d'un diplôme fédéral de médecine ou d'un diplôme de médecine étranger reconnu en Suisse. Au moment de son expertise, elle ne disposait pas d'une autorisation d'exercer une activité à titre de médecin dépendant puisque celle-ci lui avait été délivrée le 24 novembre 2006 par le département vaudois de la santé et de l'action sociale. Le Tribunal fédéral a estimé qu'indépendamment des compétences professionnelles propres de la Dresse Q\_\_\_\_\_, les irrégularités d'ordre formel liées à sa personne et à l'exercice de son activité au sein du SMR entachaient la fiabilité du rapport médical établi sur

mandat de l'administration. Dès lors, on ne pouvait accorder une pleine valeur probante à l'appréciation médicale du 13 septembre 2004 ni, partant, en tirer des conclusions absolues sur l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis l'octroi initial de la rente. Aussi, la juridiction cantonale n'était-elle pas en droit de fonder son appréciation sur ce seul avis médical d'une valeur probante affaiblie.

Dans le cas d'espèce, la Dresse Q\_\_\_\_\_ a rendu un rapport médical le 24 juin 2004 signé "psychiatre FMH", alors qu'elle n'en avait pas le titre et qu'elle n'était pas autorisée à travailler en tant que médecin dépendant. La situation étant similaire au cas précité, il convient d'en conclure que la valeur probante de l'appréciation faite par la Dresse Q\_\_\_\_\_ est affaiblie et en conséquence d'écarter cet avis du dossier.

Il en va de même de l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_ dès lors qu'il ressort du dossier de l'intimé que ce médecin avait été suspendu de son droit de pratique, même si les raisons de cette sanction n'ont pas été explicitées.

b) L'expertise pluridisciplinaire de la CRR répond à toutes les exigences jurisprudentielles pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Elle repose sur un séjour de la recourante à la CRR du 16 au 17 avril 2007, une anamnèse complète, un examen clinique et un examen psychiatrique, elle tient compte de toutes les pièces médicales du dossier et relate les plaintes de la recourante.

L'expertise psychiatrique de la CRR retient que la dysthymie chronique s'est installée probablement après le décès de la mère de la recourante, soit en 1993. Elle avait décompensé une personnalité à traits évitants et anxieux dominés par l'appréhension, le sentiment d'infériorité, la difficulté de nouer des relations sociales et dépendants. La dysthymie chronique jouait un rôle abrasif sur les capacités et les ressources psychiques et, associée au trouble mixte de la personnalité dominé par les traits évitants (anxieux) et dépendants, constituait indéniablement une atteinte à la santé psychique avec un impact sur la capacité de travail. L'évolution dysthymique datait certainement de 1993, mais avait clairement une valeur incapacitante à partir de février 2005.

Les experts, dans leur entretien de synthèse, ont admis que c'était à partir de 2005 qu'une décompensation de la dysthymie avait nécessité une prise en soins psychiatrique spécialisée et entraîné une incapacité de travail de longue durée liée à diverses limitations fonctionnelles (plaintes diffuses et envahissantes, anticipation anxieuse et pessimiste avec sentiment d'incapacité, d'infériorité, d'insécurité, tendance à l'évitement et au repli, adynamisme).

Cette conclusion rejoint en outre celle de la Dresse T\_\_\_\_\_, laquelle estime le 17 janvier 2007 que le diagnostic de dépression récurrente grave est présent depuis février 2005 et entraîne une incapacité de travail totale.

c) L'intimé se fonde sur un avis du SMR de la Dresse R\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> juin 2007 pour s'écarter des conclusions de l'expertise précitée.

Il convient tout d'abord de constater que la Dresse R\_\_\_\_\_, d'une part, n'est pas titulaire d'une spécialisation en psychiatrie, mais est médecin interniste et, d'autre part, n'a pas examiné la recourante, de sorte que ses critiques concernant les conclusions de l'expertise psychiatrique de la Dresse U\_\_\_\_\_ doivent être relativisées.

En outre, la Dresse R\_\_\_\_\_ estime qu' "il est un peu facile" de retenir actuellement une maladie psychique alors que depuis de nombreuses années, les plaintes de la recourante sont somatiques.

Cette critique est peu compréhensible. En effet, la recourante n'a pas varié dans ses plaintes dès lors qu'elle ait encore part d'un état douloureux diffus à l'expert B\_\_\_\_\_ et de douleurs diffuses et constantes à l'experte U\_\_\_\_\_. Questionnée en particulier par celle-ci sur la signification du terme dépression, la recourante estime alors qu'elle se sent triste depuis toujours, négative, dit qu'elle pleure souvent, qu'elle vit des peurs, des ruminations et qu'elle a des troubles de la mémoire et de la concentration. Il appert ainsi, selon les experts, que les douleurs de la recourante se sont vite vu attribuer le label de fibromyalgie et dépression jusqu'au diagnostic de dépression récurrente posé en 2005 par le psychiatre-traitant. Si les plaintes sont effectivement structurées autour de douleurs, l'experte psychiatre estime qu'elles laissent en réalité apparaître une atteinte invalidante à la santé psychique.

Ainsi, on comprend qu'un examen approfondi de la recourante et une analyse complète de sa situation ont permis aux experts d'attribuer la dégradation de l'état de santé de la recourante, particulièrement depuis février 2005, à une maladie essentiellement psychique plutôt que somatique. En ce sens, l'appréciation de la Dresse R\_\_\_\_\_ selon laquelle il est "facile" de retenir une atteinte psychique, alors que depuis de nombreuses années les plaintes sont somatiques, n'est-elle pas pertinente.

Par ailleurs, en tant qu'elle se réfère aux avis psychiatriques des Drs Q\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, sa critique n'est pas pertinente non plus, pour les raisons exposées ci-dessus. On ne saurait ainsi admettre que le rapport du SMR du 2 août 2004, lequel repose sur l'avis de la Dresse Q\_\_\_\_\_ du 28 juin 2004, est toujours valable.

Elle estime ensuite qu'une dysthymie ne peut entraîner une incapacité de travail, même partielle, et que le trouble mixte de la personnalité existant depuis le début de l'âge adulte n'a pas empêché la recourante de travailler.

Or, l'expertise de la CRR a précisé que l'incapacité de travail était due à l'association d'une dysthymie chronique et du trouble mixte de la personnalité. Le tableau de dysthymie chronique - dont l'experte indique qu'elle atteint généralement les capacités et ressources psychiques - avait décompensé une personnalité jusque là peu bruyante.

Le fait que la recourante ait pu travailler dès son arrivée en Suisse en 1983 n'est ainsi pas en contradiction avec l'apparition d'une incapacité de travail des février 2005, comme attesté par l'expertise.

En conclusion, aucun avis médical pertinent ne permet au Tribunal de céans de s'écarter des conclusions de l'expertise de la CRR, soit une incapacité de travail de la recourante due à une maladie psychique de 100 % de février à juillet 2005, puis de 70 % d'août 2005 à décembre 2006 et de 50 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

8. Le statut d'active à 100 % de la recourante n'est pas remis en cause. La capacité résiduelle de travail pouvant s'exercer dans l'activité habituelle, le degré d'invalidité se confond avec le taux de l'incapacité de travail.

A l'échéance du délai de carence d'une année, soit le 1<sup>er</sup> février 2006, la recourante présentait une incapacité de travail de 70 %, laquelle lui donne droit à une rente d'invalidité entière depuis cette date. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007, le taux d'invalidité est de 50 %. En application de l'art. 88a RAI, la diminution de la rente entière d'invalidité à une demi-rente prend effet le 1<sup>er</sup> avril 2007.

9. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que la recourante a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité du 1<sup>er</sup> février 2006 au 31 mars 2007 et à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2007.
10. Une indemnité de 1'800 fr. sera allouée à la recourante à charge de l'intimé et un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de celui-ci.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 17 juillet 2007.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité du 1<sup>er</sup> février 2006 au 31 mars 2007 et à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2007.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 1'800 fr.
6. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Florence SCHMUTZ

Valérie MONTANI

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