REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3453/2005 **ATAS/533/2007**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 21 mai 2007

En la cause

Madame K_____, domiciliée , 1233 BERNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître POGGIA Mauro	recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

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

EN FAIT

1. Madame K_____ (ci-après l'assurée), née le 1962, originaire de Syrie, mariée à Monsieur M_____ le 19 février 1993 et divorcée le 17 mai 2002, est mère de trois enfants d'un premier mariage nés en 1983, 1986 et 1987.

   Elle est arrivée en Suisse le 20 décembre 1992 et a été naturalisée genevoise le 1er novembre 1999. Elle a travaillé comme assistante à Genève du 3 janvier 1995 au 26 mars 1996 auprès de X_____ S.A. Elle est en incapacité de travail totale depuis le 26 mars 1996 en raison d'une gastrite subaiguë et d'un état dépressif-anxieux réactionnel attesté par le médecin traitant, la Dresse A_____ et le Dr B_____, spécialiste en médecine interne, médecin conseil de la WINTERTHUR ASSURANCES, assureur perte de gain de l'employeur.

   Elle a requis le 7 juillet 1997 des prestations de l'assurance-invalidité.

2. A la demande de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE (ci-après OCAI), le Dr C_____, psychiatre, a rendu une expertise le 20 novembre 2001. Il a diagnostiqué un épisode dépressif moyen (F 32.1), une gastrite chronique, une hypotension artérielle et des dorso-lombalgies et précisé que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 0% du 25 mars 1996 au 30 juin 2001 et de 50%, dès le 1er juillet 2001. Une capacité de travail totale pouvait être envisagée dans deux à trois ans.

3. Le 15 janvier 2002, le Dr D_____ du SMR Léman a relevé qu'il s'agissait plus d'un problème social que médical et a proposé de poser des questions complémentaires à l'expert.

4. Le 11 février 2002, le Dr C_____ a précisé qu'il ne s'agissait pas, de façon catégorique, d'un trouble d'adaptation mais bien d'un épisode dépressif moyen. L'assurée suivait un traitement de Fluctine depuis plusieurs années et de stilnox et symfona depuis plusieurs mois et confirmé les dates des incapacités de travail.

5. Le 22 février 2002, le Dr E_____, médecin conseil de l'OCAI, a relevé qu'on pouvait retenir l'incapacité de travail alléguée et prévoir une révision dans 18 mois.

6. Par décision du 25 avril 2002, l'OCAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 25 mars 1997 et une demi-rente dès le 1er octobre 2001, ainsi que des rentes complémentaires pour le conjoint et les enfants.

7. Le 8 février 2004, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI visant à l'obtention d'une rente entière.

8. Le 16 février 2004, le Dr F_____, spécialiste en maladies des poumons, a diagnostiqué un état dépressif avec troubles du sommeil associés. Ce dernier n'était pas lié à une pathologie et il a conseillé à l'assurée de s'adresser à un psychiatre.

9. Le 9 juillet 2004, la Dresse A_____ a attesté que l'état de santé de sa patiente continuait à se péjorer progressivement et qu'il était souhaitable de "réviser la demande AI".

10. Dans un rapport médical intermédiaire du 18 août 2004, la Dresse A_____ a relevé qu'il n'y avait pas de changements dans les diagnostics et que l'asthénie, la dépression et les troubles du sommeil, l'hypotension avec lipothymies et fatigue chronique et "restless legs probable" avaient une influence sur la capacité de travail. L'état dépressif s'était péjoré depuis début 2004. Elle était actuellement suivie par une psychologue, Madame M_____, et prenait des antidépresseurs (fluctine), des tranquillisants et des somnifères.

11. Le 9 décembre 2004, le SMR Léman a proposé de mandater le Dr G_____, psychiatre, pour procéder à une expertise.

12. Ce dernier a rendu un rapport d'expertise le 2 février 2005. Il constate qu'il n'y a, au sens des critères de la CIM-10, pas de véritable état dépressif, aucun diagnostic psychiatrique véritable et souligne que l'expertisée peut en principe reprendre une activité sans restriction sous réserve d'une aide au placement. Il relève : " nous voyons aujourd'hui une personne en expertise qui n'est plus dépressive dans le sens clinique du terme. Ses propres notions quant à cette allégation sont très floues. L'analyse du pneumologue confirme que les troubles du sommeil sont surtout en lien avec l'emploi du temps de l'assurée et qu'il existe un grand nombre d'éléments décrits de son quotidien qui dévoilent plutôt une activité normale, une certaine tonicité et capacité d'action… Les fluctuations d'humeur, la fatigue et d'autres éléments décrits en détail, sont plutôt dans un registre de normalité, éventuellement dans celui de dysthymie ou de neurasthénie, mais pas en lien avec une maladie psychiatrique". On peut donc retenir avec certitude que cette personne ne souffre plus d'un état dépressif dans le sens clinique du terme et que très probablement, cette amélioration très significative a déjà duré un certain temps. Ces constats sont encore accentués avec les différentes manipulations et contradictions que nous avons relevés au cours de l'expertise. Vers la fin, elle a même dû admettre ne plus prendre depuis plusieurs mois les antidépresseurs prescrits. Elle s'est ensuite très habilement adaptée à un changement d'optique et mis son désir de réintégration en avant.

13. Le 21 mars 2005, la Dresse H_____ du SMR Léman a estimé qu'au vu de l'expertise, l'octroi de prestations financières AI l'avait été sur des bases discutables et a proposé d'arrêter à octobre 2004 la date de l'amélioration de l'état de santé, en

se fondant sur l'avis Dr G_____ selon lequel il n'y avait plus d'atteinte à la santé depuis plusieurs mois.

14. Par décision du 4 avril 2005, l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée dès le 1er juin 2005.

15. Le 29 avril 2005, l'assurée s'est opposée à cette décision en relevant que sa santé ne lui permettait pas de travailler.

16. Le 9 juin 2005, la Dresse A_____ a écrit ce qui suit : "Je soussignée, certifie suivre à ma consultation la patiente susmentionnée. Celle-ci m'a fait part de votre lettre du 4 avril, complètement désemparée. Je suis surprise de votre décision, vu que lors de ma réponse du 18 août dernier, je faisais état d'une péjoration progressive de l'état de santé de ma patiente, et non d'une amélioration. Ayant enfin trouvé une psychothérapeute efficace, son état devrait s'améliorer petit à petit. Mais pour le moment, elle ne se sent pas apte à se concentrer toute la journée ; elle est encore épuisée au moindre effort. Son état psychique engendre une recrudescence de ses épigastralgies. De ce fait, il serait souhaitable de revoir votre décision du 4 avril 2005, dont le seul effet pour le moment est de péjorer la détresse psychique de ma patiente.

17. Le 24 juin 2005, la Dresse H_____ a relevé que le certificat de la Dresse A_____ n'apportait rien de nouveau.

18. Le 13 juillet 2005, la Dresse I_____, psychiatre, a rendu un rapport médical en précisant qu'elle suivait la patiente depuis le 30 mai 2005, à la demande du médecin traitant. Elle a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec syndrome somatique, sans symptômes psychotique (F33.2), troubles anxieux généralisés (41.1), modification durable de la personnalité après des expériences catastrophiques (F62.0), état de stress post-traumatique chronique (PTSD) (F43.1).

    Elle relève : "N'étant en charge de cette patiente que depuis peu, j'ai mis en place un certain nombres d'investigations, notamment au centre de la mémoire des "établissement hospitalier" pour écarter un facteur neurologique organique à l'origine de ses troubles de concentration et de mémoires sévères (bilan en cours). Aucun traitement pharmacologique n'a été instauré dans l'attente des résultats de ce bilan. Une prise en charge psychothérapeutique intensive cependant a été entreprise aussitôt, de type cognitivo-comportementale et psychodynamique". En raison du court délai de suivi, il m'est difficile de me prononcer sur le pronostic à long terme, cependant, **la patiente est aujourd'hui dans l'incapacité totale et durable de reprendre une activité professionnelle. Toute pression ou tout nouveau stress risquerait d'entraîner chez elle une décompensation sévère, soit somatique, soit sous forme de décompensation psychotique ou d'actes suicidaires".**

19. Le 16 août 2005, le SMR Léman a relevé à la suite de l'avis de la Dresse I_____ que "ce rapport est étonnant en considération des deux expertises psychiatriques effectuées chez l'assurée, la dernière quatre mois auparavant par le Dr G_____ qui expose très bien la situation de manière détaillée. L'interprétation du vécu en Syrie, puis en Suisse, est différente de celui de l'expert, les diagnostics de syndrome de stress post-traumatique chronique et de modification durable de la personnalité après des expériences catastrophiques n'ont pas été posé auparavant. Relevons que la patiente a travaillé à 100% en Suisse et en Syrie. L'appréciation de l'état dépressif est également différente : dans ce dernier rapport, les symptômes dépressifs ne sont pas détaillés, il n'y a pas de status psychiatrique, on ne peut donc pas en tenir compte. Relevons que l'assurée n'a pas repris de traitement antidépresseur. Les troubles de mémoire étaient déjà présents lors de la dernière expertise et alors jugés comme non invalidants. La situation est donc inchangée et **nous ne modifions pas notre appréciation.** Il est cependant envisageable que la décision de retrait de rente chez une patiente ne travaillant pas ait pu de façon réactionnelle et transitoire affecter le moral de l'assurée".

20. Le 15 août 2005, la consultation de la mémoire des "établissement hospitalier" a rendu une évaluation suite à l'examen de l'assurée des 2 et 9 août 2005. Selon ce rapport, "l'évaluation neuropsychologique met en évidence des performances catastrophiques sur le plan de la mémoire épisodique, que ce soit en modalité verbale ou non verbale. De manière curieuse, la situation de reconnaissance m'améliore guère les résultats, alors que, dans une autre épreuve, la catégoration sémantique permet une récupération du matériel présenté. L'ampleur des déficits suggérée par les résultats contrastent également avec l'apparente bonne autonomie de la patiente dans sa vie quotidienne. Pour confirmer cette impression d'exagération des troubles, nous avons administré l'Amsterdam Short Memory Test (cf évaluation neuropsychologue). Nous constatons que des performances de votre patiente à cette épreuve ne sont manifestement pas compatibles avec cette hypothèse, et semblent plutôt compatibles avec un trouble de nature dysthymique. Compte tenu par ailleurs des importantes fluctuations notées dans les épreuves, l'étiologie principale à ses difficultés nous semble bien s'inscrire dans le contexte d'un syndrome anxio-dépressif dans lequel se trouve la patiente, et il nous est pas possible à ce stade de nous prononcer quant à l'état réel de son fonctionnement mnésique. Nous vous suggérons donc de procéder à une réévaluation lorsque l'état thymique de la patiente se sera bien amélioré, et nous vous laissons juger, notamment sur la base des résultats de la psychothérapie actuellement suivi par Madame K_____, du moment où ce nouveau bilan vous paraîtra adéquat (mais au minimum une année)".

21. Le 31 août 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée en se fondant sur l'expertise du Dr G_____.

22. Le 30 septembre 2005, l'assurée a recouru contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er février 2004.

    Sa rente entière accordée dès 1997 avait été réduite à 50% dès 2002 à sa demande car elle ne supportait pas de rester inactive. Elle avait, vu l'aggravation de son état, requis une révision de rente en 2004. Le rapport de la consultation de la mémoire contredisait l'expertise et confirmait l'avis de la Dresse I_____, notamment en relevant une absence d'exagération des troubles constatés pour les mettre en relation avec un syndrome anxieux dépressif. Elle était par ailleurs disposée à se soumettre à une nouvelle expertise.

23. Le 3 octobre 2005, la Dresse I_____ a confirmé les diagnostics déjà posés et relevé que le rapport de la Consultation de la Mémoire des "établissement hospitalier" du 15 août 2005 renforçait sa position. Elle relève "En effet, il est démontré par des tests spécifiques que cette patiente présente des troubles de mémoire et de concentration catastrophiques compte tenu du niveau intellectuel, troubles qui ne sont en aucun cas secondaires à des troubles simulés, comme le laisse supposer l'expertise psychiatrique du 8 février 2005. Vraisemblablement, il s'agit de troubles secondaires à une dépression massive, mais masquée. En effet, Madame K_____ a la capacité, en raison d'une forte pression narcissique et surtout en raison de sa culture qui, je me permets de le souligner, nous est difficile à appréhender, de dissimuler sa détresse afin de préserver la stabilité de ses enfants et surtout de ne pas être sujette à une quelconque pitié. Malheureusement pour elle, cette attitude, difficile à mettre en évidence ne joue pas en sa faveur dans notre culture occidentale, qui accrédite plutôt les comportements démonstratifs. Actuellement Madame K_____ suit un traitement hebdomadaire de thérapie cognitivo-comportementale et un traitement pharmacologique antidépresseur entrepris depuis peu. Sa capacité de travail actuelle est nulle, et ceci pendant une durée au minimum d'un an. Cependant, il serait souhaitable que Madame K_____ puisse bénéficier d'une aide à la réinsertion professionnelle à un niveau correspondant à sa formation, ainsi que d'une aide sociale visant à la soutenir dans les multiples démarches qu'elle doit affronter seule. Mes observations au sujet du rapport du Dr G_____ vont dans le sens de ce qui vient d'être dit. Ce rapport a été fait avec la plus grande professionnalité et prend en considération l'urgence de l'intégration sociale de la patiente. Il me semble néanmoins que l'expert a pu être abusé par l'attitude très réservée de cette patiente que n'est pas habituel à notre culture et reste très difficile à déjouer même après plusieurs longues consultations. Il n'en reste pas moins que les troubles dépressifs de Madame K_____, avec perte du goût de vivre, malgré une apparence séductrice, sont à prendre au sérieux".

24. Le 14 octobre 2005, l'assurée a complété son recours en se fondant sur l'avis médical précité.

25. Le 3 novembre 2005, l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI a déclaré l'assurée inapte au placement en raison de son état de santé.

26. Le 1er novembre 2005, le SMR Léman a relevé que les troubles mnésiques n'étaient qu'un symptôme de la dépression. Il y avait une différence d'appréciation entre l'expert et le psychiatre traitant au sujet du trouble dépressif récurrent, même en tenant compte des troubles mnésiques. Il paraissait approprié de soumettre le rapport des "établissement hospitalier" à l'expert.

27. Le 14 novembre 2005, l'OCAI a conclu au rejet du recours en se basant sur l'expertise et l'avis du SMR Léman du 1er novembre 2005.

28. Le 23 janvier 2006, le Tribunal de céans a ordonné une expertise médicale qu'il a confiée au Dr.. J_____, médecin adjoint au service de psychiatrie adulte des "établissement hospitalier".

29. Le 13 juillet 2006, l'expert a rendu son rapport - cosigné par le Dr. K_____ - et fondé, notamment, sur trois consultations des 29 mai, 1er et 9 juin 2006, une évaluation psychopathologique au moyen d'un entretien diagnostic structuré MINI et un entretien téléphonique avec la Dresse I_____.

    Ils ont posé les diagnostics de F33.1, dépression récurrente, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, F40.00, agoraphobie sans trouble panique, F40.1 phobies sociales.

    Ils relèvent que le trouble dépressif récurrent serait, d'après l'anamnèse, présent depuis l'adolescence de l'expertisée. L'épisode actuel dure sans rémission depuis février 2004, il est d'aujourd'hui d'intensité moyenne. Une amélioration clinique plus nette est possible, à condition que l'expertisée observe scrupuleusement le traitement médicamenteux prescrit, qui devra être pris à long terme. Quant au trouble anxieux (phobie sociale et agoraphobie), ils peuvent fort bien être soulagés par le traitement antidépresseur. Selon l'évolution, une psychothérapie cognitivo-comportementale pourrait être envisagée. Les troubles de la concentration, l'affaiblissement de la thymie, les manifestations anxieuses et la grande fatigabilité réduisent la capacité de travail de l'expertisée, qui est actuellement, et ce depuis février 2004, incapable d'exercer une activité professionnelle à un taux supérieur à 50%. L'exigibilité actuelle ne devrait donc à notre avis pas dépasser un taux d'activité de 50% (mi-temps). Des exigences trop fortes et trop pressantes quant à la reprise d'une activité lucrative à temps plein pourraient s'avérer délétères pour son état de santé. L'expertisée est encore très fragile et, même si l'évolution à moyen terme se révélait favorable, elle restera vulnérable à l'avenir, avec un risque élevé de rechutes. L'état clinique de l'expertisée devrait faire l'objet d'une nouvelle évaluation dans un délai d'une année environ. Il conviendrait en outre, dans une telle situation, que le médecin en charge de la thérapie s'assure de la bonne observance du traitement médicamenteux.

30. le 8 août 2006, l'OCAI a relevé qu'il existait des avis divergents sur l'état de santé de la recourante pour la période de février 2004 à février 2005 et qu'il convenait de demander des précisions au Dr. J_____. Il se fondait pour cela sur un avis du SMR du 2 août 2006 lequel considérait qu'en février 2005, la capacité de travail était entière et qu'en mai 2006 elle était de 50%.

31. Le 29 août 2006, le Tribunal de céans a requis des Drs J_____ et K_____ qu'ils répondent aux questions soulevées par le SMR dans son avis du 2 août 2006.

32. Le 1er décembre 2006, la recourante a versé au dossier un rapport de la consultation de la mémoire des "établissement hospitalier" du 13 novembre 2006 et persisté dans les conclusions de son recours.

    Ledit rapport relève que l'évaluation clinique, compte tenu du tableau neuropsychologique, de l'examen neurologique et l'évolution des troubles (objectivée par la comparaison avec l'examen précédent) n'évoque toujours pas une étiologie organique, mais s'inscrit dans un contexte psychosocial et historique assez lourd. La patiente présente d'ailleurs une sensibilité exacerbée au stress, qui peut être en partie liée à une fragilisation consécutive aux événements de vie particulièrement difficiles vécus lors de sa fuite en Syrie et des premières années en Suisse (errance et statut de réfugiée avec ses trois filles, mariage avec un homme qui s'est avéré toxicomane…). Elle souffre également de céphalées suggérant une composante tensionnelle et migraineuse. A l'heure actuelle, compte tenu à la fois de l'importance des difficultés en mémoire de travail et de la fatigabilité de la patiente, il apparaît illusoire de considérer la reprise d'une activité professionnelle.

33. Le 19 décembre 2006, le Tribunal de céans a communiqué le rapport précité aux Drs J_____ et K_____.

34. Le 8 mars 2007, les Dr. J_____ et K_____ ont rendu un complément d'expertise. Ils relèvent que le Dr. G_____ étant le seul spécialiste à s'être prononcé sur l'état clinique de l'expertisée à cette date, ils n'ont en effet aucun motif à récuser son avis et doivent donc admettre que celle-ci ne souffrait pas d'un état dépressif invalidant dans les mois qui ont précédé et suivi l'expertise de ce médecin (février 2005). Ainsi, l'expertisée pourrait avoir présenté une certaine rémission de sa dépression entre fin août 2004 (après le second rapport de la Dresse A_____) et le 30 mai 2005, début de son traitement chez la Dresse I_____, laquelle avait constaté chez sa patiente la présence depuis mai 2005 d'un épisode dépressif sévère avec syndrome somatique, dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent. En conclusion, du fait que les informations anamnestiques obtenues de l'expertisée n'étaient pas confirmées par des évaluations médicales durant la période allant de fin août 2004 à fin mai 2005 et en prenant en considération l'avis du Dr. G_____ de février 2005, ils ont admis que la

capacité de travail de l'assurée n'était alors pas réduite par la présence d'un trouble psychiatrique invalidant. Ils ont persisté toutefois à considérer que depuis fin mai 2005 elle est à nouveau réduite de 50%, comme elle l'était de février 2004 à fin août 2004.

Ils sont de l'avis que l'expertisée présentait, dès mai 2005, un diagnostic psychiatrique invalidant et non pas uniquement à partir de mai 2006, comme l'affirmait le SMR.

35. Le 30 mars 2007, la recourante a relevé que le rapport complémentaire du Dr J_____ n'était pas convaincant dès lors qu'il était incohérent de retenir une capacité entière de travail depuis fin août 2004 à fin avril 2005, ce d'autant que la Dresse I_____ avait attesté en mai 2005 un épisode dépressif sévère avec syndrome somatique. Par ailleurs, le rapport de la consultation de la mémoire des "établissement hospitalier" du 13 novembre 2006 indiquait clairement qu'elle n'était pas capable de travailler, ce qui était en contradiction avec une capacité de travail de 50% retenue par l'expertise.

36. Le 5 avril 2007, l'OCAI a transmis un avis du SMR du 2 avril 2007 signé par la Dresse. L_____ selon lequel les réponses du Dr. J_____ étaient claires et appuyées par la consultation de la mémoire du 13 novembre 2006 qui montre une légère amélioration par rapport à la première consultation, mais toujours la persistance de trouble de la mémoire du travail et d'une fatigabilité. Elle était d'accord avec les dates proposées par le Dr J_____ : incapacité de travail de 50% jusqu'à fin août 2004 pour un trouble dépressif. Incapacité de travail de 0% de début septembre 2004 à début mai 2005, selon l'expertise du Dr G_____ qui ne retenait pas de diagnostic invalidant. Incapacité de travail de 50% depuis début mai 2005 pour un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen.

Vu la légère amélioration constatée sous traitement, une amélioration pouvait être attendue avec la poursuite de ce traitement et une prise en charge spécialisée. En cas de réoctroi de prestations, elle proposait qu'elles soient conditionnées à une prise en charge spécialisée et à un traitement de la dépression avec une révision à un an.

L'OCAI a indiqué que les conclusions du SMR au sujet de la capacité de travail faisaient partie intégrante de sa détermination.

37. Sur demande du Tribunal de céans, l'OCAI a précisé le 7 mai 2007 que, compte tenu de l'expertise réalisée par le Dr. J_____ en date du 13 juillet 2006, complétée le 8 mars 2007, ainsi que de l'avis médical du SMR daté du 2 avril 2007, la recourante présenterait une capacité de travail échelonnée comme suit : 50% jusqu'à fin août 2004, 100% de début septembre à début mai 2005 et 50% depuis début mai 2005. L'OCAI proposait de suivre les conclusions du SMR datées du 2

avril 2007, après application de l'art. 88a RAI, ceci non sans rappeler à l'assurée qu'un traitement médical adéquat était exigible de sa part.

38. Le 11 mai 2007, la recourante a relevé que le SMR prenait finalement en considération le rapport de la consultation de la mémoire des "établissement hospitalier" mais n'expliquait pas pourquoi il rejetait sa conclusion selon laquelle la reprise d'une activité professionnelle était illusoire.

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

EN DROIT

1. Par ordonnance du 23 janvier 2006, le Tribunal de céans a déclaré qu'il était compétent pour juger du cas d'espèce, que le recours était recevable et que la LPGA était applicable.

2. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité dès le 1er juin 2005.

3. 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 raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

4. Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

   Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 662/3 % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

5. 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.

6. a) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

Selon l'art. 88a RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, 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 (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2).

Selon l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

c) La révision de la rente d'invalidité est régie par l'art. 17 LPGA, lequel n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité (ATFA du 15 mars 2005 - I 806/04).

7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La

preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 et les références).

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).

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)

8. a) En l'espèce, l'expertise des Dr J_____ et K_____ ainsi que son complément remplissent les exigences jurisprudentielles précitées pour qu'il leur soit reconnu une pleine valeur probante. A cet égard, et contrairement à l'avis de la recourante, le seul fait que celle-ci a été reconnue en incapacité de travail à 50 % jusqu'au 31 août 2004, puis capable de travailler jusqu'en avril 2005 et à nouveau incapable à 50 % dès mai 2005 ne permet pas à lui seul d'inférer que l'incapacité de travail existait manifestement aussi pour la période septembre 2004 - avril 2005. Les experts ont a cet égard expressément motivé leur position. Par ailleurs, le rapport de la consultation de la mémoire des "établissement hospitalier" du 13

novembre 2006, que les experts ont d'ailleurs pris en compte pour rendre leur complément d'expertise, ne saurait à lui seul remettre valablement en cause les conclusions dûment motivées de l'expertise quant à la capacité de travail de la recourante.

Il y a ainsi lieu de retenir que l'état de santé de celle-ci a évolué de la manière suivante : elle était incapable de travailler à 50 % jusqu'au 31 août 2004, puis capable de travailler à 100 % du 1er septembre 2004 au 30 avril 2005 et à nouveau en incapacité de travail à 50 % dès le 1er mai 2005.

Compte tenu d'une incapacité de travail partielle reconnue dans toute activité, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail.

b) En application de l'art. 17 LPGA et des art. 88a et 88bis RAI, le droit à la rente de la recourante évolue en conséquence comme suit : droit à une demi-rente jusqu'au 30 novembre 2004 (soit trois mois à compter du 31 août 2004), aucun droit à une rente du 1er décembre 2004 au 31 juillet 2005 (soit trois mois à compter du 30 avril 2005) et droit à une demi-rente dès le 1er août 2005. Compte tenu du fait que la décision initiale est datée du 4 avril 2005, c'est à juste titre que la suppression de la rente a pris effet au 1er juin 2005 (art. 88bis al. 2 let. a RAI). En revanche, la demi-rente doit à nouveau être allouée dès le 1er août 2005.

8. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée dans la mesure où elle supprime la demi-rente au-delà du 31 juillet 2005 et l'intimé condamné à verser à la recourante une demi-rente d'invalidité dès le 1er août 2005, au sens des considérants.

9. Vu l'issue du litige, une indemnité de 2'000 fr. sera allouée à la recourante, à charge de l'intimé.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.

3. Annule la décision sur opposition du 31 août 2005 et la décision du 4 avril 2005 de l'intimé dans la mesure où elles suppriment la demi-rente versée à Madame K_____ au-delà du 31 juillet 2005.

4. Les confirme pour le surplus.

5. Condamne l'intimé à verser à Madame K_____ une demi-rente d'invalidité dès le 1er août 2005.

6. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 2'000 fr.

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 :
Nancy BISIN	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