REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3768/2006 **ATAS/753/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 2 juillet 2007

En la cause

Madame C_____, domiciliée , ONEX	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 C_____ (ci-après : l'assurée), née le 1962, mariée mais vivant séparée de son époux depuis le 1er juillet 2002, mère de trois enfants, nés en 1987, 1990 et 1996, possède un diplôme d'hôtesse d'accueil.

2. De 1994 à 2000, elle a exercé l'activité de directrice de l'école internationale X_____ de Genève à plein temps pour un salaire mensuel de 6'722 fr. 60 en 2000.

3. Dès le 19 septembre 2000, elle a été en incapacité de travail à 100%, attestée par le Dr. A_____, spécialiste FMH en médecine interne, puis à 50% du 1er novembre 2001 au 24 février 2002, à 100% du 25 février 2002 au 1er septembre 2002 et à 50% dès le 1er septembre 2002.

4. Du 1er septembre 2002 au 31 mai 2003, elle a travaillé pour Y_____ comme assistante de direction, cheffe de projet, à temps partiel, soit 22 heures par semaine (l'horaire de travail normal étant de 40 heures) pour un salaire de 2'900 fr. mensuel.

5. Dès le 2 juin 2003, elle a bénéficié d'indemnités journalières de l'assurance-chômage de 106 fr. 90.

6. Le 25 juin 2003, l'assurée a déposé une demande de rente de l'assurance-invalidité en raison d'un état dépressif présent depuis septembre 2000.

7. Le 29 juillet 2003, l'assurée a rempli le questionnaire servant à déterminer le statut d'assuré de l'AI et indiqué que si elle était en bonne santé, elle travaillerait à un taux de 80 à 100% comme cadre supérieur, pour des raisons financières. Elle avait un engagement prévu à 50% dès le 1er septembre 2003. Elle avait travaillé à plein temps du 1er janvier 1994 au 30 novembre 2000 (arrêt le 1er septembre 2000). Elle avait exercé une activité à temps partiel du 1er septembre 2002 au 31 mai 2003 pour des raisons de santé.

8. Dès le 1er septembre 2003, l'assurée a été engagée comme secrétaire à 50% auprès de Z_____ Genève pour une durée indéterminée et pour un salaire mensuel de 2'690 fr. (salaire de base de 5'380 fr. pour un 100%).

9. Le 4 septembre 2003, Madame R_____, psychologue FSP à la consultation interdisciplinaire de médecine de et de prévention de la violence des Hôpitaux Universitaires de Genève (CIMPV), a établi un rapport médical à la demande de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI). Elle relève que l'assurée a fait état de nombreux problèmes tant au niveau de sa santé physique que psychique, qui peuvent être considérés, au moins, partiellement, comme les conséquences des violences psychologiques de la part de son mari. Malgré la séparation et en raison des difficultés sociales persistantes, l'assurée présente encore

actuellement un état de fatigue physique et psychique important, des troubles du sommeil irréguliers mais récurrents, des difficultés à s'alimenter en cas de fatigue plus importante, des palpitations cardiaques qui vont faire l'objet d'investigation, des sentiments de culpabilité et de honte en lien avec le fait de n'avoir pas réussi à modifier sa situation, tant pour elle que pour ses enfants. Il lui est particulièrement difficile d'accepter que son état de santé actuel ne lui permette plus d'assumer un poste à plein temps. Elle a récemment effectué un stage d'une semaine à 100% chez Z_____, stage qui s'est soldé par un état de fatigue important et une perte de poids, alors que durant cette période, elle n'avait aucune charge familiale, ses enfants étant en vacances. Elle a cependant été engagée dès le 1er septembre pour un emploi de secrétaire à 50%. L'assurée signale que les troubles digestifs semblent par contre avoir disparu et que les douleurs dorsales seraient de moindre intensité. Elle a regagné une estime d'elle-même moyenne et souhaite pouvoir un jour retravailler à 100%. Actuellement, elle n'était pas en mesure de se prononcer sur l'évolution de l'état de santé général de l'assurée et en conséquence, sur sa capacité future de travail. Selon la littérature, l'impact des violences sur la santé peut perdurer, même lorsque la personne n'en est pas victime.

10. Le 10 novembre 2003, le Dr A_____ a rendu un rapport médical AI dans lequel il diagnostique un état dépressif sévère avec mauvais état général, importante perte de poids, douleurs dorsales, troubles neurovégétatifs multiples. Il relève que la patiente subit depuis des années une situation conjugale très difficile, avec un mari qui l'a harcelée pendant des années. Elle a subi cela aussi longtemps, car elle n'avait pas la force de partir sans soutien financier avec ses trois enfants. En septembre 2000, elle perd son emploi et sombre dans un état dépressif sévère avec nausées permanentes et importante perte de poids, elle pèse encore actuellement 44 kilos. Elle se plaint, par ailleurs, de douleurs dorsale multiples, fait des infections chroniques à répétition. Cette situation n'avait aucune chance de s'améliorer tant que cet enfer durait. Depuis que la patiente a pu déménager avec ses enfants, les choses ont été très difficiles, elle a retrouvé un certain calme, mais elle a dû affronter de nombreux problèmes, essentiellement financiers. Son mari essaye de tout faire pour la blesser. Elle a pu reprendre une activité à 50% le 1er septembre 2003 (comme secrétaire, alors qu'elle était directrice d'école). Ce travail la fatigue beaucoup et il est impensable qu'elle puisse assumer un 100%. Durant toute cette période, Madame C_____ a été suivi par Monsieur C_____, psychothérapeute, jusqu'au printemps 2003.

11. Le 15 octobre 2004, le Dr A_____ a rempli un rapport médical intermédiaire attestant que l'état de l'assurée était resté stationnaire et que les diagnostics étaient inchangés.

12. Le 2 novembre 2004, le Dr A_____ a rendu une attestation médicale relevant ce qui suit :

"Je suis médecin installé à Genève depuis 25 ans, ce qui veut dire que j'ai vécu beaucoup de drames conjugaux, mais je n'ai jamais assisté à ce qu'à vécu Madame C_____. D'une vie confortable avec sa maison et ses enfants en sécurité, elle a dû vivre une vie horrible pour elle et ses trois enfants, allant se meubler dans les poubelles et mendier pour se nourrir. Je la suis depuis le 19 septembre 2000. Elle s'est toujours montrée d'un courage exemplaire. Dans les années 2000, 2001, 2002, elle ne pouvait assumer aucune charge professionnelle, elle a bénéficié d'un arrêt de travail à 100%, car son état de santé ne lui permettait que de s'occuper de ses enfants. Je trouve admirable qu'elle ait pu le faire. Depuis le 2 septembre 2002, elle est capable de travailler à 50%, ce qu'elle assume, mais au prix de très grandes difficultés, pour sa santé. Il n'est pas envisageable qu'elle puisse assumer plus longtemps. Elle est, comme ses enfants, depuis toutes ces années, victime d'un harcèlement, et je ne suis pas certain qu'elle puisse l'assumer encore très longtemps. C'est un appel au secours que je formule aux instances judiciaires, car elles sont notre ultime recours pour sauver Madame C_____ et ses enfants".

13. Le 22 septembre 2005, une note au dossier de l'OCAI relate un appel téléphonique de Monsieur C1_____, psychothérapeute, indiquant qu'il avait vu l'assurée il y a très longtemps et l'avait suivie alors qu'elle était en cours de divorce et ne l'avait pas revue ensuite. Il estimait ne pas être en mesure de répondre à la demande de renseignements de l'OCAI.

14. Le 4 octobre 2005, le Dr B_____, médecin AI, a proposé une expertise psychiatrique de l'assurée.

15. Depuis le 1er avril 2006, l'assurée travaille à 70% chez Z_____ Genève pour un salaire mensuel de 4'494 fr. (salaire de base à 100% de 6'420 fr.).

16. Le 12 juin 2006, le Dr C2_____, psychiatre et psychothérapie FMH, a rendu un rapport d'expertise fondé notamment sur un entretien du 23 mai 2006 avec l'assurée. L'expert pose le diagnostic de personnalité névrotique (F60.08) qu'il juge sans répercutions sur la capacité de travail. L'expert relève que cette assurée a vécu une enfance et une adolescence sans aucun problème, elle-même dit avoir été gâtée du point de vue affectif, même l'accident qu'elle a eu à l'âge de 17 ans n'a pas perturbé le développement de sa personnalité qui s'est structurée à la manière d'une personnalité névrotique, utilisant le refoulement comme principal mécanisme de défense mais sans que cela soit en soi-même pathologique. Selon les dires de l'assurée, elle a vécu un véritable calvaire avec son mari, qui l'a harcelée psychologiquement. Elle dit avoir été à plusieurs reprises prête à le quitter, mais devant les promesses d'un changement de la part de son mari et pour préserver l'équilibre familial, elle cédait aux manœuvres de chantage affectif de son ex-mari; jusqu'en 2002, elle l'a finalement quitté avec ses trois enfants, sans avoir de l'argent et sans avoir aucun travail. Selon l'assurée, et son médecin traitant, elle a été déprimée mais a quand même fait face aux difficultés. L'assurée elle-même se

décrit comme une femme battante, fière d'elle-même, toujours prête à donner le mieux d'elle-même. L'assurée s'est fait aider par un thérapeute mais elle n'a jamais pris de médicaments psychotropes. Depuis le 1er avril 2006, elle travaille à 70% en tant que secrétaire chez Z_____ Genève. Au cours de l'entretien, il n'a pas pu déceler des signes ou des symptômes d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble aigu ou chronique de la personnalité. L'atteinte à la santé ne justifie pas l'incapacité de travail. Quant au pronostic, il est tout à fait favorable, cette assurée est intelligente, elle a fait preuve de solides ressources psychologiques. Il conclut que l'assuré est capable de travailler à 100%.

17. Le 17 juillet 2006, le Dr B_____ a rendu un rapport d'examen SMR et estimé que "l'expert ne trouve aucun signe ou symptôme d'une maladie psychiatrique et aucune atteinte à la santé ne justifie l'incapacité de travail. Il n'y a pas de limitations fonctionnelles, ni physiques, ni psychiatriques et cette assurée est tout à fait capable de travailler normalement à 100%, elle est également capable de s'adapter à un environnement professionnel".

18. Le 12 juillet 2006, l'OCAI a rendu un projet de décision rejetant la demande de prestations de l'assurée, en se fondant sur l'avis du SMR précité.

19. Le 20 juillet 2006, l'assurée a fait opposition à cette décision en relevant qu'elle avait été en incapacité de travail totale de septembre 2000 à septembre 2002 puis à 50% jusqu'en avril 2006.

20. Par décision du 19 septembre 2006, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.

21. Le 21 septembre 2006, celle-ci a informé l'OCAI qu'elle avait rendez-vous avec le Dr D_____ de Belle-Idée.

22. Le 17 octobre 2006, l'assurée a recouru contre cette décision auprès du Tribunal de céans en concluant principalement à son annulation, à l'autoriser à procéder à une contre expertise pour la période du 23 juin 2003 au 31 mars 2006 et à lui allouer une rente de 50% pour la période de juin 2003 à mars 2006, et, subsidiairement à, lui reconnaître une incapacité de travail de 30%, même si celle-ci ne donne droit à aucune rente.

    Elle conteste que l'expertise reflète sa situation réelle de juin 2003 à avril 2006 et relève qu'en novembre 2000, elle avait perdu son emploi et souffrait de diverses atteintes physiques (nausées, vomissements, douleurs dorsales, paresthésie faciale, bronchites, chroniques, anorexie, immunodépression) et psychiques (troubles obsessionnels compulsifs). Elle avait dû être hospitalisée en février 2002, son état s'étant empiré. Elle avait tenté de travailler à nouveau dès septembre 2002, ce qui avait été un échec et elle avait été licenciée à fin mai 2003; elle avait finalement pu reprendre un poste à 70% en mars 2006 mais souffrait encore de douleurs dorsales,

de brûlures d'estomac et, en cas de stress, d'une névralgie faciale. Elle espérait pouvoir recouvrir un jour une pleine capacité d'emploi.

Elle a fourni un document intitulé "passeport d'allergies" attestant de réactions à la pénicilline, amoxycilline et celexocibe.

23. Le 4 décembre 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours.

24. Le 15 janvier 2007, le Tribunal de céans a entendu en audience les parties ainsi que, comme témoin, le Dr A_____.

La recourante a déclaré : "Je travaille toujours auprès de Z_____ à 70%. Le poste que j'occupe est dans tous les cas possible à 80% et éventuellement aménageable à 100% pour l'employeur. Vous m'indiquez que le Dr A_____ aurait attesté d'une incapacité de travail à 50% du 1er novembre 2001 au 24 février 2002. Cela est possible, je ne me rappelle pas exactement de cette période. Je sais que j'étais hospitalisée le 28 février 2002 en raison d'un état de faiblesse extrême. Mon état de santé va plus ou moins bien. J'ai l'impression d'être dans le bon chemin avec des hauts et des bas. Je suis bien soutenue tant par mon employeur que par solidarité femmes, ce qui m'aide beaucoup. J'ai reçu de la NATIONALE SUISSE 500 francs par mois jusqu'au 1er octobre 2006 et cela depuis mon incapacité de travail depuis septembre 2000. J'ai consulté le Dr D_____ de Belle-Idée à une reprise. Aucune attestations médicale n'a été établie de sa part".

Le Dr A_____ a déclaré : "Je suis le médecin de Mme C_____ depuis le 19 septembre 2000. Je l'ai suivie très régulièrement depuis cette date soit une à plusieurs fois par mois jusqu'à mi 2006 puis environ tous les deux mois. J'ai vu Madame C_____ en état dépressif sévère (burn out). Elle était en état d'épuisement physique et psychique et présentait des troubles fonctionnelles, soit des troubles digestifs, une perte de poids (ma patiente a pesé jusqu'à 40 kilos), des malaises cardiaques, des vertiges, un état anxieux, de déshydratation, des troubles obsessionnels compulsifs, au point qu'elle avait de la peine à se concentrer et à s'occuper des choses les plus simples. L'état dépressif sévère a duré de septembre 2000 à fin 2002, moment à partir duquel il s'est amélioré. Depuis la reprise de travail à 70%, l'état dépressif est léger avec des troubles musculaires et tendineux. Il s'agit d'un état réactionnel à une situation conjugale. Au début, j'ai essayé d'adresser ma patiente à un psychiatre mais cela a été difficile en raison du peu de disponibilité des psychiatres. Mme C_____ a finalement été suivie par un psychologue, Monsieur C_____. J'ai un cabinet médical depuis 26 ans et je fais des traitements psychologiques, surtout lorsqu'il s'agit d'un état réactionnel. Je suis formelle quant à mon diagnostic d'état dépressif sévère. Il y a eu un conflit de couple et ma patiente a subi un harcèlement de la part de son mari. Elle est partie de la maison en juillet 2002 et a dû se débrouiller sans argent, dans des conditions matériels très difficiles avec trois enfants en bas âge. La capacité de travail de 50%

de novembre 2001 à février 2002 a été en réalité théorique car Madame C_____ n'était en réalité pas capable de reprendre une activité à 50%. On avait décidé de tenter une reprise de travail laquelle n'a pas été possible. Je ne confirme donc pas aujourd'hui cette capacité de travail de 50%. Je ne suis pas du tout d'accord avec les conclusions du Dr C2_____. Je relève que celui-ci se base uniquement sur ce qu'il a vu en 2006 et juge des problèmes de Mme C_____ sur la base d'un unique entretien. Pour moi, il n'a pas cerné tous les problèmes. Même concernant uniquement l'année 2006, il y a encore un état dépressif que le Dr C2_____ ne mentionne à tort pas. En outre, par exemple, en 2002 Mme C_____ a dû être hospitalisé à la Tour car elle faisait des infections à répétition en raison de son état de déshydratation et de grande faiblesse. Je n'ai pas le souvenir d'avoir été contacté par le Dr C2_____. Je n'ai rien noté dans mon dossier. Je n'ai pas retenu le diagnostic de personnalité névrotique car l'état de Mme C_____ était explicable par ce qu'elle a dû vivre. Il ne s'agissait pas d'une névrose. Relativement aux critiques du Dr C2_____, je remarque qu'il n'y a pas que les psychiatres qui peuvent suivre un état dépressif d'un patient et donc le fait que Mme C_____ n'ait pas consulté de psychiatre n'est en tous les cas pas un indice du fait qu'elle n'aurait pas souffert d'un état dépressif. Par ailleurs, elle a de multiples allergies médicamenteuses et a de ce fait développer une phobie aux médicaments compréhensible. J'ai dans un premier temps tenté de prescrire des anti-dépresseurs mais cela n'a finalement pas pu se faire".

25. Sur demande du Tribunal de céans, le Dr E_____ a attesté le 24 janvier 2007 qu'il avait reçu la recourante le 28 mars 2004 pour une seule consultation, qu'il avait diagnostiqué un trouble dépressif très important et que, n'ayant pas la disponibilité nécessaire, il lui avait proposé de s'adresser soit à un psychiatre, soit au service psychiatrique des HUG.

26. Le 30 janvier 2007, le Dr. F_____, spécialiste FMH en maladie respiratoire, de "établissement hospitalier", a transmis le compte rendu médical du séjour de la recourante à "établissement hospitalier" du 28 février au 2 mars 2002 et précisé qu'il ressortait du dossier que la patiente était en état général moyen, déshydratée et hypotendue, ce qui justifiait la pose d'une voie veineuse et d'une hydratation intraveineuse.

    Le compte rendu précité atteste d'un diagnostic de bronchite aiguë, compliquée par des troubles digestifs (plaintes digestives, nausées, vomissements) entraînant une déshydratation modérée justifiant une réhydratation parentérale durant 48 heures, et continuation du traitement antibiotique. L'évolution est favorable en 72 heures.

27. Le 22 mars 2007, l'OCAI a versé au dossier un avis du 15 mars 2007 du SMR Suisse romande dans lequel le Dr P. B_____ a relevé qu'il avait rediscuté du cas avec la Dresse G_____, psychiatre au SMR, et qu'il en ressortait qu'effectivement, l'expert C2_____ se basait sur ce qui se passait en 2006

mais peu concernant les années précédentes, que toutefois le Dr H_____ ne décrivait pas le trouble dépressif selon la CIM-10, n'avait vu qu'une seule fois l'assurée et ne la traitait pas, que le Dr A_____ n'était pas psychiatre, que l'assurée n'avait pas été soignée par un psychiatre et avait refusé un traitement antidépresseur, qu'il leur était donc impossible de se prononcer et qu'il requéraient un complément d'expertise concernant les années 2000 à 2006.

28. Le 30 mars 2007, la recourante a précisé qu'elle était d'origine suisse alors que le SMR mentionnait une origine portugaise, qu'elle était titulaire d'un diplôme de l'école internationale d'hôtesse de X1_____ et non d'une école de commerce, que si le Dr E_____ l'avait acceptée comme patiente elle aurait été soignée par lui et que c'était parce qu'une psychothérapeute avait accepté de la suivre rapidement qu'elle avait fait ce traitement, qu'elle avait juste besoin d'aide, peu lui importait les diplômes et qu'elle ne pouvait encore actuellement se résoudre à prendre des médicaments de peur de réactions allergiques.

29. Le 22 mai 2007, la recourante a fourni les informations suivantes :

    - Elle avait débuté à l'école X1_____ en janvier 1994 pour un salaire mensuel de 4'000 fr., puis dès le 1er août 1994 de 6'200 fr. En 1999 et 2000, son salaire annuel brut était respectivement de 91'878 fr. et 85'561 fr., montants qui apparaissent sur l'extrait du compte individuel de la FER CIAM du 16 mars 2007.

30. Le 11 juin 2007, à la demande du Tribunal de céans, l'école internationale X1_____ a précisé que la recourante avait travaillé à 100 % du 1er août 1994 au 30 novembre 2000 pour un salaire de 6'722 fr. 60 en novembre 2000. En 2001, le salaire aurait également été de 6'722 fr. 60.

31. Sur quoi, 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, 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 le droit à des prestations dès septembre 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 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), ne sont pas applicables (ATF 127 V 467 consid. 1).

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA).

3. 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 le droit de la recourante 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 1er 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 1er 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) 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).

Par ailleurs, l'art. 88a al. 1 RAI prévoit que 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.

d) 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).

e) 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 vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 p. 220 consid. 4a).

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

c) 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. Ainsi, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. (ATF 125 V 351; ATFA du 29 octobre 2003, I 321/03, consid. 3.1).

d) Enfin, 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).

7. a) 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.

8. a) En l'espèce, l'expertise psychiatrique requise par l'OCAI atteste qu'à la date de l'examen clinique effectué par l'expert C2_____, soit le 23 mai 2006, l'assurée ne souffrait d'aucune affection psychiatrique avec répercussion sur sa capacité de travail. Cependant, force est de constater que l'expertise se limite à attester qu'il n'existe au jour de l'entretien, le 23 mai 2006, aucun signe ou des symptômes d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble aigu ou chronique de la personnalité et que l'atteinte à la santé ne justifie pas l'incapacité de travail, l'assurée étant capable de travailler à 100 %. Cette expertise ne discute pas de la situation et de l'état de santé de l'assurée au cours de la période septembre 2000 - avril 2006. L'intimé, par l'avis médical du SMR Suisse romande du 15 mars 2007, auquel il se réfère, l'admet d'ailleurs en relevant, qu'effectivement, l'expert se base sur ce qui se passe en 2006 mais peu concernant les années précédentes et estime ainsi qu'un complément d'expertise est nécessaire.

   L'expertise du Dr C2_____ n'est ainsi pas pertinente pour évaluer l'état de santé de l'assurée de 2000 à avril 2006. S'agissant de la période à partir de mai 2006, ladite expertise a bien valeur probante. Le médecin-traitant mentionne d'ailleurs qu'il n'existe plus qu'un état dépressif léger dès la reprise de travail à 70 % le 1er avril 2006, ce qui ne saurait entraîner une incapacité de travail invalidante.

   Il y a donc lieu de retenir que la recourante était pleinement capable de travailler depuis le 1er avril 2006.

   S'agissant de la période antérieure au 1er avril 2006, l'instruction menée par le Tribunal de céans a permis d'établir les faits suivants :

   - Selon le Dr A_____, médecin-traitant, entendu en audience d'enquête, la recourante a souffert depuis septembre 2000 d'un état dépressif sévère, lequel a entraîné une incapacité de travail totale dès le 19 septembre 2000, avec une tentative de reprise à 50 % de novembre 2001 à février 2002 mais qui n'était en réalité que théorique et à 50 % du 1er septembre 2003 au 31 mars 2006. L'état dépressif s'était amélioré fin 2002 et était léger dès la reprise de travail à 70 %. Ce médecin a expliqué qu'il avait suivi fréquemment et régulièrement sa patiente, qu'il avait constaté un épuisement physique et psychique avec la présence de troubles digestifs, perte de poids importante (baisse jusqu'à 40 kg), des malaises cardiaques, des vertiges, un état anxieux, de la déshydratation, des troubles obsessionnels compulsifs qui l'empêchaient de s'occuper des choses les plus simples.

   - Le Dr E_____, en tant que spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a confirmé le diagnostic de trouble dépressif qu'il qualifie de "très important", à la suite de l'entretien du 28 mars 2004 avec la recourante.

- Le Dr F_____ a relevé qu'elle avait séjourné en février 2002 à l'Hôpital de la Tour en raison d'une bronchite aigüe, compliquée de troubles digestifs et de déshydratation ayant justifié une hydratation intraveineuse.

Le Dr B_____, qui n'est pas titulaire d'une spécialisation FMH en psychiatrie, a émis un certain nombre de critiques à l'encontre des diagnostics posés par les Drs A_____ et H_____. Il relève que celui-ci n'a pas décrit le status ou l'état objectif de l'assurée. Cependant, le Dr A_____, dont il n'est pas contesté qu'il a suivi très régulièrement et fréquemment la recourante, a effectué une telle description objective. Par ailleurs, Le Dr H_____ a posé, en tant que spécialiste FMH en psychiatrie, le diagnostic d'état dépressif très important; en outre, il n'a pas traité l'assurée non pas en raison du fait qu'un tel traitement ne se justifiait pas, ce d'autant qu'il avait diagnostiqué un état dépressif très important, mais uniquement en raison du fait qu'il n'avait pas de disponibilité. A cet égard, l'assurée a expliqué qu'elle avait été suivie par une psychothérapeute au lieu d'un psychiatre car elle nécessitait l'aide immédiate d'un thérapeute, quelque soit sa formation, psychiatre ou psychothérapeute.

Au vu de ces avis médicaux, le Tribunal de céans considère qu'une nouvelle expertise psychiatrique n'est pas nécessaire dès lors qu'il est avéré, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante a souffert dès le 19 septembre 2000 d'un état dépressif sévère, ayant entraîné une incapacité de travail totale du 19 septembre 2000 au 31 août 2002, que l'état dépressif s'est amélioré à fin 2002, de sorte que la capacité de travail était de 50 % dès cette date, que la recourante a effectivement travaillé à 50 % du 1er septembre 2002 au 31 mai 2003, date à laquelle elle a été licenciée, puis à nouveau à 50 % dès le 1er septembre 2003 et, qu'enfin, sa capacité de travail était entière dès le 1er avril 2006.

S'agissant de la période du 1er septembre 2002 au 31 août 2003 durant laquelle le Dr A_____ a signalé que la capacité de travail était théorique, il convient de constater que la recourante a cependant effectivement travaillé et réalisé un salaire mensuel de 2'900 fr. Par ailleurs, le Dr A_____ a précisé en audience d'enquête que l'état dépressif s'était amélioré fin 2002, ce qu'il avait confirmé en établissant des avis médicaux d'incapacité de travail à 50 % dès le 1er septembre 2002. Comme il n'apparaît pas que l'état de santé de la recourante se serait aggravé entre mai 2002 et août 2003, il y a lieu de considérer que la capacité de travail de la recourante était bien de 50 % durant toute cette période, caractérisée par un travail effectif à 50 % du 1er septembre 2002 au 31 mai 2003, puis dès le 1er septembre 2003.

S'agissant enfin du traitement médicamenteux, le Dr A_____ a confirmé l'existence, d'une part, d'allergies médicamenteuses multiples et, d'autre part, dune phobie aux médicaments développée par la recourante, donnant ainsi une explication médicale au refus de la recourante de suivre un tel traitement.

b) En conséquence, il y a lieu d'admettre que la recourante était, en raison d'un état dépressif, incapable de travailler durant les périodes suivantes :

100 % du 19 septembre 2000 au 31 août 2002.

50 % du 1er septembre 2002 au 31 mars 2006.

0 % dès le 1er avril 2006.

9. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, il convient en l'occurrence de se référer aux gains réalisables par la recourante en qualité de directrice d'école, activité qu'elle a effectivement exercée de 1994 à 2000 pour calculer les revenus avec et sans invalidité déterminants. Lorsque ces derniers sont ainsi calculés sur la même base, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail (ATFA du 30 juin 2006, I 43/05). Compte tenu de l'incapacité de travail précitée le degré d'invalidité est de 100 % puis de 50 %.

   En application des art. 29 LAI, lequel fixe le début du droit à la rente une année après le départ de l'incapacité de travail, et 88a RAI précité, la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2001 au 30 novembre 2002 et à une demi-rente du 1er décembre 2002 au 30 juin 2006.

10. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition de l'OCAI du 19 septembre 2006 annulée et il sera dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2001 au 30 novembre 2002 et à une demi-rente du 1er décembre 2002 au 30 juin 2006.

    Un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'OCAI (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.

3. Annule la décision du 19 septembre 2006.

4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2001 au 30 novembre 2002 et à une demi-rente du 1er décembre 2002 au 30 juin 2006.

5. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.

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

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