REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3846/2006 **ATAS/1252/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 12 novembre 2007

En la cause

Madame M_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître KALA DE PERROT Hanna	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. Mme M_____ (ci-après : l'assurée), née en juin 1966, mariée, de nationalité macédonienne, mère de deux enfants nés en juillet 1993 et en août 2000 est arrivée à Genève le 30 novembre 1992. Elle a exercé comme femme de ménage chez des privés, sans être déclarée.

2. Le 18 janvier 1999, l'assurée a été victime d'un accident de la route, heurtée par un camion alors qu'elle était arrêtée sur un trottoir; les pneumatiques arrières du camion ont roulé sur son corps. Elle a été transportée aux urgences des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) et y a séjourné jusqu'au 5 février 1999. Le rapport du département de chirurgie des HUG du 15 février 1999 mentionne les diagnostics de contusion hépatique (segment V), fracture du pôle supérieur de la rate, contusion rénale basale gauche, pneumothorax droit, contusion pulmonaire droite, fracture de l'arc postérieur de la première côte droite, fractures des apophyses transverses droites L1 à L5, contusion du dos du pied gauche. "Le rapport mentionne qu'une prise en charge conservatrice est décidée avec transfert de la patiente aux soins intensifs pour une surveillance de cinq jours. La patiente est mise au bénéfice d'une physiothérapie respiratoire intensive et ne présentera aucune complication respiratoire. Un suivi échographique abdominal permet de vérifier l'absence de péjoration des lésions des organes pleins à l'examen du 23 janvier 1999 trouve une rate et des reins d'échostruture normale, sans présence de liquide libre intra-abdominal. Toutefois, nous proposons d'effectuer un scanner de contrôle à un mois post-traumatique afin de vérifier la restitution vasculaire du rein gauche. L'évolution est favorable".

3. Le 14 avril 1999, le Dr A_____, chef de clinique, clinique de chirurgie digestive, a diagnostiqué un état après contusions profondes multiples, état après multiples fractures d'apophyses transverses lombaires, état après évacuation hématome lombaire gauche, état après infarctus rénal partiel gauche.

4. Le 10 juin 1999, l'assurée s'est soumise à une tomodensitométrie axiale computérisée et à une échographie de l'abdomen.

5. Le 1er octobre 1999, la Dresse B_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a attesté qu'actuellement les plaintes se concentraient sur la colonne vertébrale cervicale et dorsolombaire. Le bilan radiographique permettait d'exclure une lésion-fracturaire. La patiente présentait un syndrome douloureux chronique post-contusionnel avec des dorsalgies à prédominance gauche et des douleurs lombofessières bilatérales avec probable atteinte post-traumatique de l'articulation sacro-iliaque droite. Il fallait également noter une dysfonction de la première articulation chondro-sternale gauche. Elle était traitée par de la mobilisation, des anti-inflammatoires et des antidépresseurs à petites doses.

6. Le 4 octobre 1999, la Dresse B_____ a noté une évolution lentement favorable avec un diagnostic de cervicalgies, lombalgies chroniques, douleurs sacro-iliaque droite et sternales gauches. L'état douloureux chronique justifiait l'incapacité de travail.

7. L'assureur responsabilité civile du camion en cause dans l'accident, la Winterthur Assurances, a versé à l'assurée pour la période du 18 janvier 1999 au 31 décembre 1999 un montant de 5'400 fr. correspondant à la perte mensuelle au titre de l'activité de ménagère de l'assurée, alléguée par celle-ci.

8. Les 18 février et 3 mars 2000, le Dr C_____, spécialiste FMH médecine générale, a relevé la persistance d'un syndrome douloureux chronique et de dorsalgies-lombalgies.

9. Le 29 février 2000, l'Office cantonal de la population a attesté que l'assurée, ainsi que son époux, faisaient l'objet d'une décision de renvoi, actuellement non exécutoire en raison d'un recours pendant et le 4 octobre 2000, il a informé l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) que les époux M_____ bénéficiaient d'un permis B depuis le 27 juin 2000.

10. Le 1er mars 2000, l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité.

11. Le 11 mai 2000, le Dr C_____ a rendu un rapport médical AI attestant que l'assurée nécessitait depuis le 18 janvier 1999 un traitement médical, que son incapacité de travail était totale depuis cette date et qu'elle présentait "un syndrome douloureux chronique post contusionnel avec dorsalgies gauche, douleurs lombofessières bilatérales avec atteinte post-traumatique probable de l'articulation sacro-iliaque droite. Dysfonction douloureuse de la première articulation chondro-sternale gauche".

12. Le 14 décembre 2000, le Dr D_____, spécialiste FMH en chirurgie, a rendu une expertise médicale à la demande de l'assurance-accident. Il a requis un dossier radiologique complémentaire du 12 octobre 2000.

    Il avait examiné la patiente le 26 mai 2000, laquelle était enceinte de six mois, puis postérieurement à l'accouchement, le 10 octobre 2000. Elle se plaignait de douleurs cervicales, dorsolombaires, thoraciques, cauchemars avec gêne respiratoire, angoisse de l'accident, blocage de l'estomac, gêne au niveau de la FIG. Objectivement, l'expert constatait un status abdominal normal; les différents scanners étaient tout à fait rassurants; une colonne cervicale souple et indolore; une palpation douloureuse para-vertébrale droite au niveau des côtes 6 à 8; une palpation et une percussion douloureuse de la colonne lombaire et une palpation douloureuse des deux sacro-iliaques; une distance doigts-sol de 0 cm, engendrant une exacerbation des douleurs lombaires et sacro-iliaques; radiologiquement, une ancienne fracture non consolidée de l'apophyse transverse de L4 à droite. L'état de

la patiente devait encore évoluer. Actuellement elle était totalement incapable de travailler et ne pouvait exercer comme femme de ménage. Elle pouvait en revanche effectuer les tâches ménagères à domicile si le dos n'était pas mis à contribution. Le traitement indiqué était une perte de poids de dix kilos, de la physiothérapie, un traitement par la médecine manuelle des douleurs et dysfonctionnement sacro-iliaques et la prise d'anti-inflammatoires et d'antalgiques. Le 24 janvier 2001, le Dr D_____ a précisé que l'assurée en tant que ménagère à son domicile, est capable d'effectuer les tâches courantes, à savoir faire la cuisine, s'occuper de ses enfants et faire des travaux de nettoyage légers. Elle doit éviter tous les efforts mettant à contribution son dos, par exemple changer la literie, passer l'aspirateur ou encore porter de lourdes charges. Pour ces dernières tâches, elle est aidée par son mari et parfois par sa sœur. En tant que femme de ménage engagée par un tiers, il est clair qu'elle ne peut se limiter aux tâches légères et qu'elle est donc actuellement en arrêt de travail complet. Ces restrictions sont la conséquence de son atteinte dorsolombaire, engendrée par le traumatisme du 18 janvier 1999.

13. Le 3 mai 2002, l'assurée a indiqué à l'OCAI que si elle était en bonne santé, elle exercerait une activité à 100 % dans la restauration.

14. Le 13 février 2003, la Dresse C_____ a attesté d'un syndrome douloureux chronique post-contusionnel du rachis entrainant une incapacité de travail totale comme femme de ménage. D'autres activités étaient difficilement exigibles en raison du statut socioculturel, linguistique et l'absence de formation. La patiente se plaignait de rachialgies chroniques augmentées à l'effort, de thoracodypnes hautes, de douleurs sacro-iliaques et d'un état anxieux. L'état de santé était stationnaire.

15. Le 31 janvier 2005, le service médical régional AI (ci-après : le SMR LEMAN) a rendu un examen clinique bidisciplinaire, par la Dresse E_____ laquelle a signé le rapport "psychiatre FMH" et par le Dr F_____, "chirurgie orthopédique FMH".

    Le rapport mentionne que l'assurée a travaillé comme employée de maison d'un restaurant pendant deux ans, puis comme dame de buffet dans deux restaurants (un an et demi) et ensuite comme femme de ménage chez des privés. L'assurée se plaint de lombalgies basses continuelles d'intensité variable, de douleurs le long du membre inférieur gauche, dorsales et thoracique avec une difficulté respiratoire. S'agissant du status psychiatrique il est relevé que l'assurée présente une amplification des plaintes somatiques sans signe de souffrance objectivable pendant l'entretien. Les experts n'ont pas objectivé de symptômes en faveur d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Ses capacités de jugement et de raisonnement correspondent à une intelligence dans les limites de la norme. L'assurée ne présente pas de trouble de la personnalité morbide. Dans son ensemble, le status psychiatrique est dans les limites de la norme.

Les diagnostics posés sont ceux de lombalgies chroniques et douleurs thoraciques post-traumatiques persistantes. Dans l'appréciation consensuelle du cas, les médecins relèvent que l'assurée ne souffre d'aucune maladie psychiatrique invalidante et sa capacité de travail exigible est entière.

En l'absence d'un véritable sentiment de détresse qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, ils n'ont pas retenu ce diagnostic. Selon la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant repose sur la présence d'une douleur intense et persistante s'accompagnant d'un sentiment de détresse non expliqué entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflit émotionnel et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considéré comme la cause essentielle du trouble. Dans le cas de notre assurée, la douleur est de nature organique. L'assurée est peu démonstrative et dans un discours logorrhéique, elle met en avant ses plaintes somatiques sans signe de souffrance objectivable pendant l'entretien et sans attirer notre empathie. Elle ne présente aucune comorbidité psychiatrique, ne bénéficie d'aucune prise en charge rhumatologique et son fonctionnement social est normal.

En raison de lombalgies persistantes, cette assurée doit avoir un travail sédentaire ou semi-sédentaire, "sans porter des objets lourds d'un poids inférieur à cinq kilos". Elle doit avoir un travail dans lequel elle puisse alterner la position assise avec la position debout. Elle doit éviter les travaux en anteflexion du tronc. Des courts déplacements à plat sont permis.

Sur le plan somatique, en tant que femme de ménage, la capacité de travail de cette assurée est de 0 % à partir du 18 janvier 1999. Dans un travail adapté respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail exigible est complète à partir du 1er janvier 2000, c'est-à-dire un an après l'accident.

16. Le 28 février 2005, le Dr G_____ du SMR LEMAN a conclu que la poursuite de l'incapacité de travail dans toute activité n'était médicalement pas justifiée au-delà du 1er janvier 2000.

17. Le 22 mars 2005, l'OCAI a procédé à une enquête économique sur le ménage. L'enquêtrice relève qu'il lui est difficile de prendre position sur les incapacités effectives que l'assurée rencontre dans le ménage, car elle est effacée et s'exprime peu, et c'est essentiellement son mari qui a parlé durant l'entretien. D'après les dires de celui-ci les incapacités dans le ménage de son épouse, sont totales, ce qui paraît peu probable compte tenu des différents rapports médicaux, du fait que l'accident a eu lieu il y a six ans et qu'une grossesse a pu être mis en route entre temps.

18. Le 9 août 2005, la réadaptation professionnelle de l'AI a relevé que l'hypothèse selon laquelle l'assurée aurait, en bonne santé, retravaillé à 100 % dans le domaine

de la restauration pouvait être retenue et que celle-ci avait ainsi un statut d'active à 100 %. Il était pris en compte, dans le calcul du degré d'invalidité, un revenu sans invalidité statistique à 100 % de 41'407 fr. en 2000 (ESS 2000 - TA7), soit comme femme de ménage ou employée de la restauration et un revenu avec invalidité en 2000 selon le tableau ESS 2000 TA1, de 45'871 fr. 25, dont il convenait de déduire un 20 % en raison des limitations fonctionnelles de l'assurée, aboutissant à un revenu annuel de 36'697 fr. Le degré d'invalidité était ainsi de 11,37 %, taux qui n'ouvrait pas le droit à des mesures professionnelles. L'assurée pouvait demander une aide au placement.

19. Par projet de décision du 9 août 2006, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.

20. Le 8 septembre 2006, l'assurée, représentée par une avocate, a écrit à l'OCAI que l'admission d'une capacité de travail complète depuis le 1er janvier 2000 était en contradiction complète avec les examens et les expertises précédentes, en particulier l'expertise du Dr D_____ du 14 décembre 2000.

21. Par décision du 22 septembre 2006, l'OCAI a maintenu son refus en relevant que le Dr D_____ avait attesté que l'assurée était incapable, en tant que ménagère, d'effectuer les tâches courantes.

22. Le 20 octobre 2006, l'assurée a recouru à l'encontre de cette dernière décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 1er février 2000.

    Elle relève qu'au moment de l'accident elle réalisait un salaire de 900 fr. par mois comme femme de ménage. Elle ne pouvait plus effectuer certains travaux ménagers et était aidée par son mari et sa belle-sœur. Sans l'accident, elle travaillerait à 80 % comme femme de ménage ou dans le nettoyage. Elle avait suivi tous les traitements proposés. Depuis l'accident et jusqu'au 13 février 2003, tous les rapports médicaux attestaient d'une incapacité de travail à 100 % et d'un état non stabilisé. Il était donc inexact de dire qu'elle pouvait travailler dès le 1er janvier 2000. L'appréciation rétroactive des médecins du SMR LEMAN était choquante. Son revenu sans invalidité, compte tenu du fait qu'elle aurait augmenté son temps de travail et qu'elle a obtenu un permis de séjour, aurait vraisemblablement été de 40'000 fr. et son revenu d'invalide était nul. Elle pourrait au mieux travailler à 30 %, pour un revenu de 1'000 fr. par mois, ce qui aboutissait à un taux d'invalidité de 70 %.

23. Le 20 novembre 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours.

24. Le 17 avril 2007, le Tribunal de céans a confié une expertise à la Dresse H_____ en constant qu'il existait une contradiction entre les avis médicaux du SMR et des Drs B_____, C_____ et D_____ quant à la capacité de travail de la recourante.

25. Le 28 septembre 2007, la Dresse H_____ a rendu son rapport d'expertise, fondé sur l'examen de la recourante, une IRM du bassin et des articulations sacro-iliaques ainsi qu'une analyse de sang du 29 mai 2007. L'assurée se plaignait depuis son accident toujours de douleurs de la région lombaire, en barre, ainsi que de la région des sacro-iliaques, des deux côtés, avec irradiation occasionnelle dans le membre inférieur gauche. Les douleurs sont constantes, prédominant la nuit et le matin, avec une raideur matinale d'environ trois-quarts d'heure - une heure. Elle se plaint également de douleurs de la région du trapèze à droite et du gril costal droit. Depuis quelques jours, les douleurs sont également apparues dans la région thoracique antérieure gauche. Ces douleurs thoraciques sont également présentes la nuit et le matin. En raison des douleurs, elle n'a pas de position antalgique, ne peut pas rester longtemps dan une même position, ni debout, ni assise longtemps.

    En raison de douleurs de type inflammatoire, un bilan biologique ainsi qu'une IRM des sacro-iliaques ont été demandés. Tous ces examens sont normaux. Il n'y a donc pas d'argument pour une maladie inflammatoire chronique de type spondylarthropathie. Lors de l'expertise médicale de 2005, des radiographies de tous le rachis effectuées en octobre 2000 ont été visualisées et décrites comme normales, sans lésion post traumatique visible, hormis une discopathie modérée en L4-L5 e tune probable ancienne fracture non consolidée de l'apophyse transverse de L4 à droite. Ces lésions décrites sont banales, sans relation avec les douleurs. Il n'y a donc pas d'éléments objectifs en corrélation avec les symptômes de la patiente. Du point de vue fonctionnel, en raison des douleurs, elle ne peut pas effectuer des travaux lourds et répétés. Elle ne peut donc raisonnablement plus effectuer son ancienne activité professionnelle de nettoyeuse ou de femme de ménage. En revanche, elle peut effectuer une activité légère, plutôt assise, avec possibilité de changer régulièrement de position. Elle peut marcher sans problème.

    D'un point de vue rhumatologique, la patiente souffrait de lombalgies chroniques et de douleurs thoraciques droites chroniques, avec amélioration peu probable. Elle pourrait effectuer une activité légère, sans port de charges lourdes, sans travaux lourds ou penchée en avant, avec possibilité de changer régulièrement de position. Dans ces conditions, sa capacité de travail est de 100 %.

    Elle ne pouvait se prononcer de manière précise sur la date à partir de laquelle la patiente peut exercer une activité adaptée à 100 %. En effet, le Dr D_____ a vu la patiente une première fois en mai 2000. La patiente étant enceinte à ce moment, il l'a revue en octobre 2000, après l'accouchement. Il a estimé que les plaintes étaient en relation directe avec l'accident, que l'état de la patiente n'était pas stabilisé et il proposait de la revoir dix-huit mois plus tard, ce qui n'a pas été fait. En janvier 2001, le Dr D_____ précisait que la patiente ne pouvait effectuer que des tâches légères dans une activité ménagère. Il ne précisait pas le taux de capacité de travail. Nous n'avons pas d'autre évaluation jusqu'à l'expertise de 2005, hormis un rapport médical rempli par son médecin traitant en février 2003, qui décrivait

une situation inchangée. Au vu de tout ce qui précède, sans avoir plus de précision concernant l'évolution, on peut estimer que la patiente ne peut plus exercer son activité de femme de ménage depuis l'accident, et qu'elle peut exercer une activité légère adaptée depuis le 21 janvier 2005, à savoir à partir de la date de l'expertise, l'estimation de la capacité de travail exigible à 100 % à partir du 1er janvier 2000 ne reposant sur aucune évaluation objective.

26. Le 16 octobre 2007, la recourante a requis le versement d'une rente entière d'invalidité pendant la période allant jusqu'à l'octroi de mesures de réadaptation ainsi qu'une mesure de reclassement, une aide au placement et des indemnités journalières pour la période postérieure à la rente.

27. Le 25 octobre 2007, l'intimé s'est appuyé sur un avis médical du SMR du 22 octobre 2007 signé par les Drs G_____ et I_____, anesthésistes, selon lequel le rapport de l'experte rejoignait celui des Drs F_____ et E_____, hormis la date à partir de laquelle la capacité de travail était exigible. Les examinateurs du SMR ont retenu celle du 1er janvier 2000, en mettant en relation la nature des lésions présentées par l'assurée qui habituellement et selon l'expérience médicale évoluent favorablement après une année et leur examen clinique. D'autre part, ils relèvent qu'en 2000, l'assurée enceinte, a pu mener à bien une grossesse et qu'elle a accouché en août 2000. "L'expert précise qu'il lui est difficile de se prononcer, en l'absence d'éléments médicaux objectifs au dossier à partir de 2000 et propose de retenir la date de l'examen clinique du SMR, effectué le 31 janvier 2005. L'on comprend que l'expert retient la date de notre examen qui donne des éléments cliniques objectifs, en fait, faute de données médicales plus précises pour la période de 2000 à 2005. En conclusion, les examinateurs du SMR, sur la base de leur expérience médicale et sur leur examen clinique qui est confirmé par l'expert, maintiennent leur avis quant à une possible reprise de travail dans une activité légère et adaptée, exigible dès 2000, à savoir une année après l'accident, la grossesse de l'assurée ainsi que des difficultés socioculturelles n'étant pas des facteurs invalidants au sens de l'AI."

    Il est mentionné que le dossier a été soumis au Dr F_____.

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

EN DROIT

1. Par ordonnance du 17 avril 2007, le Tribunal de céans a déclaré le recours recevable.

2. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à des mesures de réadaptation professionnelle.

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. a) 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 $66^{2/3}$ % 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.

   b) 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).

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 (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

   Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas

contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

   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) 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 E_____, s'était prévalue 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 E_____, 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.

b) Dans le cas d'espèce, la Dresse E_____ a rendu un rapport médical le 31 janvier 2005, 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 consensuelle du cas faite par le Dr F_____ avec la Dresse E_____ est affaiblie.

8. Le Tribunal de céans constate que l'expertise de la Dresse H_____ répond à tous les critères pour qu'il lui soit reconnu une plaine valeur probante. L'intimé l'admet également. La recourante doit ainsi être considérée comme totalement capable de travailler dans une activité légère, sans port de charges lourdes, sans travaux lourds ou penchée en avant, avec possibilité de changer régulièrement de position.

   L'intimé conteste cependant la date à laquelle cette exigibilité d'une activité adaptée existe, soit, selon l'experte, dès le 21 janvier 2005. A cet égard, l'experte relève que l'estimation d'une capacité de travail exigible à 100 % depuis le 1er janvier 2000, soit un an après l'accident ne repose sur aucune évaluation objective.

   S'agissant de la période antérieure au 21 janvier 2005, les médecins ayant examiné la recourante se sont prononcés comme suit :

   - Le 4 octobre 1999, la Dresse B_____ a noté une évolution lentement favorable et attesté d'une incapacité de travail totale due à un état douloureux chronique. Celui-ci a été relevé par le Dr C_____ en février et mars 2000 et le 11 mai 2000, ce médecin a estimé qu'il existait une incapacité de travail totale depuis l'accident, confirmée le 13 février 2003, dans l'activité de femme de ménage, le Dr C_____ précisant à cette date que d'autres activités étaient difficilement exigibles en raison du statut socioculturel, linguistique et l'absence de formation de la recourante.

- Le 14 décembre 2000, le Dr D_____, dans le cadre de l'expertise requise par l'assurance-accident, a confirmé une incapacité totale de travail dans l'activité de femme de ménage. L'état de santé n'était pas encore stabilisé. Il s'est fondé sur un examen de la recourante des 26 mai et 10 octobre 2000.

- Le 24 janvier 2001, Dr D_____ a précisé qu'elle devait éviter tous les efforts mettant à contribution son dos mais qu'elle était capable d'effectuer les tâches courantes de son ménage, faire la cuisine, s'occuper de ses enfants et faire des travaux de nettoyage légers.

Au vu de ces avis médicaux, il y a lieu de conclure que la recourante a été considérée comme totalement incapable de travailler comme femme de ménage depuis le jour de son accident par tous les médecins l'ayant examinée. En revanche, le 24 janvier 2001, le Dr D_____, expert indépendant, estime qu'elle est capable d'effectuer les tâches ménagères courantes et légères, en évitant les efforts mettant à contribution son dos ou porter de lourdes charges. Cette appréciation quant aux limitations fonctionnelles dont souffre la recourante rejoint finalement celles constatées par la Dresse H_____ lorsqu'elle décrit une activité possible légère, sans port de charges lourdes, sans travaux lourds ou penchée en avant avec possibilité de changer régulièrement de position. La recourante doit ainsi être considérée comme apte à exercer une activité adaptée dès le 24 janvier 2001. Antérieurement au 24 janvier 2001, il y a lieu de considérer, selon les diagnostics posés par les Drs B_____ et C_____, en particulier l'état douloureux chronique, que la recourante était totalement incapable de travailler dans toute activité. Le fait qu'elle ait accouché en août 2000 n'est pas de nature à modifier cette appréciation.

Cette conclusion est par ailleurs confortée par le fait que le 13 février 2003, le Dr C_____ a exclu toute autre activité exigible en ne faisant valoir que des facteurs socioculturels qui ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité (manque de formation, problème de langue, statut socioculturel). Il n'y a ainsi pas lieu d'admettre qu'en février 2003 il existait une atteinte à la santé excluant toute activité adaptée. Enfin, même si le rapport de la Dresse E_____ n'a pas de valeur probante, il n'y a pas lieu d'ordonner une nouvelle évaluation psychiatrique dès lors que la recourante n'allègue aucune atteinte à sa santé invalidante d'un point de vue psychiatrique et que ni le diagnostic de fibromyalgie ni celui de trouble somatoforme douloureux n'a été évoqué par l'experte.

En conclusion, le Tribunal de céans retiendra que la recourante est capable de travailler dans une activité adaptée dès le 24 janvier 2001, date du complément d'expertise du Dr D_____, dans lequel les limitations fonctionnelles de la recourante sont précisées et indiquées à celle-ci. En ce sens, et sur ce point uniquement, il s'écarte de l'avis de la Dresse H_____.

9. Au vu de ce qui précède, la recourante, en incapacité totale de travail depuis le 18 janvier 1999 jusqu'au 24 janvier 2001, a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité du 1er janvier 2000 au 30 avril 2001 (art. 29 LAI et 88a RAI).

   S'agissant en revanche de la période subséquente, soit dès le 1er mai 2001, le Tribunal de céans ne peut que confirmer le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé. En effet, il se fonde, conformément à l'allégation de la recourante, sur une activité sans invalidité de femme de ménage ou employée dans la restauration à 100 %, non qualifiée. Selon l'ESS 2000, tableau TA7 ligne 37, niveau 4, on trouve une valeur médiane de salaire mensuel de 3'302 fr., adapté à un horaire de travail de 41,8 heures en 2000, ce qui aboutit à un revenu mensuel de 3'450 fr. 60 et annuel de 41'407 fr. 20. Dans son recours, la recourante admet d'ailleurs qu'elle aurait réalisé sans l'accident un salaire de 40'000 fr. par an. Quant au salaire d'invalide il a été arrêté à juste titre à 45'871 fr. annuel (tableau TA1, niveau 4) auquel une déduction justifiée de 20 % a été opérée, soit un salaire de 36'697 fr.

   A cet égard, le Tribunal fédéral des assurances a jugé que les salaires statistiques selon les ESS, activités simples et répétitives, comprennent un large éventail d'activités simples dans les secteurs de la production et des services lesquelles sont légères et permettent l'alternance des mouvements (ATFA du 25 avril 2005 - I 269/03) de sorte qu'il convient d'admettre qu'elles sont adaptées en l'espèce aux limitations de la recourante.

   Le salaire sans invalidité comparé au salaire d'invalide aboutit à un degré d'invalidité de 11,4 %, lequel ne donne pas droit à une rente, ni à des mesures de réadaptation professionnelle.

10. Le recours sera ainsi partiellement admis, la décision du 22 septembre 2006 annulée et il sera dit que la recourante à droit à une rente entière d'invalidité du 1er janvier 2000 au 30 avril 2001. Une indemnité de 1'800 fr. sera allouée à la recourante à charge de l'intimé.

    La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

Au fond :

1. Admet partiellement le recours.

2. Annule la décision du 22 septembre 2006.

3. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1er janvier 2000 au 30 avril 2001.

4. Alloue à la recourante une indemnité de 1'800 fr. à charge de l'intimé.

5. Met un émolument de 200 fr. à 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