

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4162/2007

ATAS/529/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 5 mai 2008

En la cause

Madame G _____, domiciliée à MEYRIN, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Eric BEAUMONT

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 G _____ (ci-après : la recourante), d'origine portugaise arrivée en Suisse le 16 avril 1992, est mariée et mère de trois enfants, nés les 20 décembre 1979, 28 mai 1981 et 10 juillet 1983. Sans formation professionnelle, elle a exercé la profession de nettoyeuse dès 1993.
2. De 1993 à 2002, elle était employée par Monsieur H _____. Faisant suite à une demande de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), ce dernier a transmis une fiche de salaire concernant la recourante pour le mois de janvier 2002, sur papier-entête de l'entreprise X _____, indiquant un salaire horaire de 18 fr. 80 brut.
3. La recourante a connu une période de totale incapacité de travail du 13 janvier 2001 au début 2002 en raison d'un état dépressif et de dorso-lombalgies chroniques communes, selon les rapports des 2 mars 2001 et février 2002 (jour illisible) du Dr L _____, chirurgien FMH et médecin-traitant et a touché des indemnités journalières maladie/accidents.
4. Elle a déposé auprès de l'OCAI une première demande de prestations de l'assurance-invalidité en date du 11 février 2002 pour les affections précitées.
5. Le Dr L _____ a indiqué, dans un rapport du 1^{er} mai 2002, que sa patiente était apte à travailler dès ce jour à raison de trois à quatre heures quotidiennes dans une activité sollicitant moins l'inclinaison du buste et les mouvements répétitifs, telle la profession d'ouvrière dans une fabrique.
6. Les 6 et 8 juillet 2002, le Dr M _____, psychiatre de la recourante, a estimé la capacité de sa patiente inexistante en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode moyen (F33.1) et des dorso-lombalgies communes, dès le 13 janvier 2001. L'état dépressif, existant depuis 1992, avait connu selon lui une aggravation en 1998 et 2001 et les troubles physiques, une aggravation en 2001.

Le Dr M _____ a joint un rapport du Dr N _____, neurologue FMH, du 22 septembre 1992, dont il ressort que la recourante avait alors présenté des céphalées migraineuses, probablement aggravées par un état dépressif sous-jacent.
7. Par lettre du 17 janvier 2003, la recourante a indiqué la reprise d'une activité de nettoyeuse pour l'entreprise AL Service avec effet au 1^{er} février 2003 et a sollicité le retrait de sa demande de prestations auprès de l'OCAI. Elle a formalisé ce retrait par attestation du 10 février 2003.
8. La recourante a travaillé pour l'entreprise précitée pour un salaire mensuel de 2'600 fr., dès le 1^{er} février 2003. Elle a été licenciée en mars 2004.

9. Elle a été examinée par les Drs O_____, Cheffe de clinique, et P_____, neuropsychologue, de la Consultation de la mémoire des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) en date du 23 mars 2004, afin d'évaluer des troubles mnésiques, apparus depuis un an, et psychiatriques. Ces médecins ont constaté au premier plan des difficultés attentionnelles et de mémoire de travail, associées à des légères difficultés sur le plan de la mémoire épisodique et des fonctions exécutives. Sur le plan thymique, les scores en anxiété et dépression étaient élevés sur une échelle de dépistage.
10. Inscrite à l'assurance-chômage, la recourante a touché des prestations cantonales en cas de maladie et maternité (PCMM) du 1er avril 2004 au 21 septembre 2005.
11. Généraliste et médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE), le Dr Q_____ a estimé, dans son avis du 20 janvier 2005, que la recourante était en incapacité totale de travail depuis le 26 juillet 2004 et inapte à l'emploi. Il s'interrogeait sur le caractère définitif de l'incapacité et la capacité de la recourante à exercer encore sa profession.
12. Le Dr R_____, psychiatre et également médecin-conseil de l'OCE, a indiqué le 8 avril 2005 que la recourante présentait un "état largement insatisfaisant, ne permettant pas d'envisager actuellement une reprise prochaine". Il estimait cependant que la recourante pouvait encore exercer sa profession et que l'incapacité, attestée dès le 26 juillet 2004, était temporaire.
13. La recourante a séjourné à la Clinique genevoise de Montana du 23 mai au 9 juin 2005. Les Drs S_____, médecin-adjoint endocrinologue et diabétologue FMH, et T_____, médecine interne, ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode moyen sans somatisation (F33.10), pour lequel un traitement au Zoloft, Stilnox et Lexotanil a été prescrit. Ces médecins ont constaté que sa thymie s'était améliorée en fin de séjour. Ils ont attesté d'une incapacité totale de travail, sans précision sur la durée.
14. Dans son rapport du 16 août 2005, le Dr L_____, se fondant sur un dernier examen du 14 février 2005, a indiqué comme périodes d'incapacité totale de travail de sa patiente celles du 13 janvier 2001 au 3 février 2003, puis dès le 26 juillet 2004, pour état dépressif récurrent, fibromyalgie (16 points positifs) et lombalgies chroniques communes. Selon lui, le diagnostic d'épicondylite du coude droit n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. Ce médecin notait une aggravation assez importante de l'état algique et de l'état dépressif de sa patiente depuis 6 à 7 mois, ce dernier étant mentionné comme sévère. Les limitations consistaient en un périmètre de marche évalué entre 100 et 200 mètres, l'impossibilité d'un maintien de la position assise plus de deux à trois heures, celle de la position debout plus d'une demi-heure à une heure, l'impossibilité d'adopter la position à genou ou accroupie, d'incliner le buste, une fatigue à utiliser les deux bras, à lever ou

déplacer des charges de plus de un à deux kilos, l'impossibilité de se baisser, d'adopter un horaire de travail irrégulier, de travailler en hauteur, de se déplacer sur un sol irrégulier. Il estimait sa patiente incapable d'exercer une quelconque activité.

15. Par demande du 24 août 2005, la recourante a sollicité de l'OCAI une orientation professionnelle ou une rente de l'assurance-invalidité, en raison de sa dépression.
16. Dans son rapport du 21 décembre 2005, le Dr T_____, nouveau psychiatre de la recourante depuis le 23 février 2005, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode moyen sans somatisation (F33.10), réaction au deuil (F43.2), personnalité affective (F34.0), difficultés dans les rapports avec le conjoint (Z63.0), soutien familial inadéquat (Z63.2) et changement dans les relations familiales pendant l'enfance (Z61.2), affections présentes depuis 1992. Selon lui, sa patiente présentait un trouble de la personnalité. Le traitement entamé le 23 février 2005 auprès de lui consistait en prise d'anti-dépresseurs et psychothérapie. Le psychiatre considérait l'état de santé comme stationnaire, voyait une indication pour des mesures professionnelles et estimait qu'un examen complémentaire était nécessaire. Il indiquait que sa patiente était déprimée depuis juin 1993 en raison du décès de sa mère. Elle était affectée par des tensions familiales et vivait une dysharmonie familiale. L'époux de la recourante bénéficiait de l'assurance-invalidité depuis 1997 et vivait dans un état régressif. Sa patiente présentait une dysthymie, une dysphorie, des idées obsédantes, un désarroi, de l'ennui, une mélancolie, une fatigabilité précoce. Elle vivait dans un état onirique et prolix, décrivait "pêle-mêle des états affectifs archaïques et anciens et extases tristes". Il estimait que la recourante conservait une capacité de travail de 50% dans son activité professionnelle et que ce taux pouvait être amélioré par l'utilisation de machines. Elle pouvait également exercer une autre activité, manuelle, légère et ritualisée, en faisant attention au changement de position, port de charge et hauteur. Dans ce cadre, une diminution de rendement était attendue selon le médecin, sans toutefois, qu'il ne la précise.

Dans le rapport concernant les capacités professionnelles, ce médecin a retenu comme limitations le maintien de la même position longtemps, le port de charges de 5 kg, un travail irrégulier, un travail en hauteur et le déplacement sur un sol irrégulier. Il estimait la motivation pour la reprise ou un reclassement professionnel faible. Il confirmait une capacité de travail de 50% en tenant compte des limitations constatées. Il a indiqué, dans le questionnaire complémentaire pour troubles psychiques portant la même date, que le taux d'incapacité de travail était de 100%.

17. La recourante a complété le questionnaire servant à déterminer son statut en date du 19 janvier 2006, indiquant qu'elle travaillait à plein temps depuis 1992.
18. L'OCAI a confié un mandat au COMAI pour la réalisation d'une expertise interdisciplinaire. Celle-ci, datée du 21 décembre 2006, a été effectuée par les Drs D'ORO, FMH en rhumatologie et médecine physique et réadaptation et SIMEONE,

FMH en psychiatrie et psychothérapie. Au niveau rhumatologique, la recourante signalait des plaintes ostéo-articulaires plutôt minimales à modérées, localisées de façon diffuse dans la région inter-scapulaire gauche et scapulaire interne gauche, avec apparition de crises douloureuses modérées une fois par mois pendant quelques jours, crises qui avaient pour conséquence une gêne dans le port de charges modérées à lourdes. Au niveau radiologique, la recourante présentait une protrusion discale ainsi qu'une sténose relative du canal lombaire acquise et constitutionnelle. Aucune plainte ni symptomatologie irritative ou déficitaire aux membres inférieurs ne pouvait évoquer une claudication neurogène. L'examen clinique n'a pas permis de mettre en évidence de limitation de la mobilité du rachis lombaire mais plutôt une palpation douloureuse du muscle carré des lombes ainsi qu'une tendinomyalgie fessière droite expliquant en partie les lombalgies. L'expert-rhumatologue a constaté des dysfonctionnements dorsaux étagés (D5 à D10) avec une sensibilité de la musculature des trapèzes inférieurs et muscles rhomboïdes, modérée toutefois en l'état et ne présentant pas de gêne réelle dans les capacités fonctionnelles. Il a estimé que la capacité de travail était entière comme femme de ménage, avec tout au plus une certaine limitation dans les activités comprenant le port de charges lourdes en raison d'une discopathie L5-S1 et de scapulo-dorsalgies vraisemblablement tensionnelles. L'expert psychiatre a diagnostiqué un trouble anxio-dépressif récurrent léger, sans symptômes somatiques (F33.00), en rémission, sans répercussion sur la capacité de travail. Ce résultat était conforté par les résultats du test Hamilton pour la dépression (HAM-D17), à savoir 11 points sur 52 (un score de 8 à 17 définit un état dépressif léger). Il a estimé que la recourante pouvait donc exercer une activité professionnelle à 100%, ce qui lui permettrait aussi de sortir de la maison et de la soustraire à "l'étouffement psychologique que la proximité de son mari provoque chez elle". Il convient de préciser que l'expert a indiqué avoir demandé à la recourante de retourner dans la salle d'attente pour se calmer dès la première question posée (« Comment allez-vous... »), car elle avait alors pleuré à gros sanglots. L'entretien a pu se poursuivre dix minutes plus tard, normalement selon l'expert. En *consilium*, les experts ont estimé qu'il n'y avait pas chez la recourante de limitations ni physiques ni psychiques, tout en admettant une surcharge psychosociale dans le cadre de la maladie de son mari qui démontrait, selon les dires de la recourante, une surveillance constante. Ils ont estimé que qu'il ne s'agissait pas là d'une incapacité de travail et encore moins d'une invalidité au sens de l'assurance-invalidité, mais de trouble social respectivement familial non réglé. Ils ont indiqué que l'état dépressif, pour lequel les médecins-traitants et le psychiatre avaient attesté d'une complète incapacité de travail dès juillet 2004, s'était progressivement amélioré sous traitement et que le nouveau psychiatre avait ainsi pu attester en décembre 2005 d'une capacité de 50%, devenue entière au jour de l'expertise. Compte tenu de ces résultats, les experts ont estimé que l'état de santé de la recourante ne justifiait pas de mesures de réadaptation professionnelle.

19. La Dresse U_____ CAGNA, du SMR, a estimé le 9 mars 2007 que les plaintes de la recourante était d'ordre psychiatrique et que l'état anxio-dépressif était léger selon l'expertise. Si la recourante avait souffert d'épisodes dépressifs, ils avaient eu lieu en 1992 et 2001. Quant au rapport du psychiatre-traitant de décembre 2005, il était contradictoire (capacité de travail : 50% et 0%) et les critères pour l'intensité moyenne étaient insuffisants en regard du code CIM-10. Elle a retenu une pleine capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.
20. En date du 14 mars 2007, l'OCAI a adressé à la recourante un projet de décision par lequel il rejetait sa demande. Il y indiquait que les pièces médicales et l'expertise COMAI avaient mis en évidence une capacité de travail complète dans toutes activités. S'agissant plus précisément des plaintes psychiques, l'OCAI a repris les constatations de la Dresse U_____ CAGNA citées au point précédent.
21. Par décision datée du 23 avril 2007, l'OCAI a rejeté la demande de la recourante, en l'absence de contestation de sa part, pour les motifs déjà exposés dans le projet.
22. Par lettre au porteur du 24 avril 2007, le conseil de la recourante, nouvellement constitué, a sollicité un délai supplémentaire pour faire part des objections de sa cliente contre le projet de décision. Ce délai lui a été accordé au 21 mai 2007 et la décision du 23 avril 2007 a été annulée.
23. Par décision datée du 21 mai 2007, l'OCAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles reprenant intégralement le projet de décision, constatant l'absence de contestation de la recourante dans le délai imparti.
24. Par écritures envoyées le même jour par LSI, la recourante, par le biais de son conseil, a communiqué ses observations à l'OCAI. Elle a soutenu souffrir encore de nombreux troubles psychiques et a contesté le diagnostic posé dans l'expertise COMAI d'état anxio-dépressif léger, qui serait en rémission. Elle a exposé que ses troubles s'étaient accentués depuis la découverte d'un cancer chez l'un de ses fils, diagnostiqué moins de six mois plus tôt. Elle a produit un certificat médical du Dr L_____ du 18 mai 2007 attestant d'une aggravation de son état depuis un an. Mentionnant ses limitations fonctionnelles et son état psychique, elle a allégué ne pas pouvoir reprendre son activité de nettoyeuse, ni aucun autre emploi, des mesures professionnelles étant au demeurant vouées à l'échec. Elle a conclu à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité.

Dans son certificat du 18 mai 2007, le Dr L_____ a certifié que l'état de sa patiente s'était péjoré depuis un an, péjoration caractérisée par une migraine presque quotidienne, une cervico-dorso-lombalgie importante empêchant la marche de plus de 400 à 500 mètres et provoquant une insomnie constante. A son avis, la recourante présentait aussi un état dépressif important, surtout après avoir pris connaissance des résultats médicaux concernant son fils.

25. Suite à un courrier du 25 mai 2007 du conseil de la recourante, l'OCAI a déclaré, par missive du 30 mai 2007, ses décisions des 23 avril et 21 mai 2007 comme nulles et non avenues en raison des observations faites par la recourante dans le délai imparti.
26. Faisant suite à une demande de l'OCAI, la Dresse S_____ a proposé, en raison des éléments contenus dans le certificat du Dr L_____ du 18 mai 2007 sur l'état de santé psychique, de demander au psychiatre-traitant de la recourante un rapport médical détaillé. Elle a au surplus estimé que ce certificat du 12 mai 2007 n'apportait pas d'élément somatique nouveau.
27. Dans son rapport médical du 13 juillet 2007, le Dr T_____ a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans somatisation (F.33.10), confirmé les autres diagnostics qu'il avait déjà posés en sus de la maladie cancéreuse du fils aîné (Z.63.7), découverte en janvier 2007. L'état de sa patiente était à son avis stationnaire, avec une indication pour des mesures professionnelles. Il a indiqué que les limitations psychiatriques n'étaient pas fonctionnelles mais mentales. Il a précisé que sa patiente était « intégralement obnubilée sous l'influence de ses affects dépressifs et mélancoliques » et que dès lors « elle [laissait] entendre qu'elle ne [pouvait] pas appliquer aptitudes et compétences professionnelles ». S'agissant du traitement suivi par la recourante, il consistait en prise de médicaments et psychothérapie « en fonction de la symptomatologie ». Le dernier examen datait du 24 mai 2007. En ce qui concernait le cancer du fils de la recourante, ce médecin a précisé qu'il s'agissait d'un cancer du tube digestif et qu'une gastrectomie avait été pratiquée le 20 juin. Il ne s'est pas déterminé sur la capacité de travail de sa patiente.
28. Appelées à se prononcer sur ce rapport, les Dresses U_____ et S_____, du SMR, ont estimé, dans leur avis du 11 août 2007, qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier leurs conclusions, se fondant en particulier sur l'expertise COMAI. Selon elles, la capacité de travail de la recourante était entière puisque des mesures professionnelles étaient toujours d'actualité selon le psychiatre-traitant. Ce dernier ne s'était pas prononcé sur cette capacité. S'agissant de l'influence de la maladie cancéreuse du fils, elles ont estimé, tout en relevant qu'une telle maladie ne laissait aucune mère indifférente et provoquait une symptomatologie dépressive réactionnelle naturelle, qu'elle ne pouvait être déclarée d'office incapacitante. Elles n'ont constaté aucune aggravation entre les rapports médicaux des 21 décembre 2005 et 13 juillet 2007.
29. Par décision du 1^{er} octobre 2007, l'OCAI a refusé à la recourante l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles, constatant que la capacité de travail était entière dans une activité de femme de ménage et qu'aucune limitation fonctionnelle ne pouvait être retenue si ce n'était le port de charges lourdes. Ces limitations étaient uniquement somatiques. Au niveau psychiatrique, il a estimé que les critères

pour un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, n'étaient pas réalisés, en référence à l'expertise du COMAI et en l'absence d'éléments nouveaux susceptibles de modifier cette appréciation.

30. Par attestation du 30 octobre 2007, le Dr L_____ a indiqué constater depuis environ six mois une détérioration de l'état de santé de sa patiente, au niveau lombaire avec une raideur musculaire matinale qui durait environ trois à quatre heures, et au niveau psychiatrique, avec une dépression assez sévère qui était devenue, selon lui, plus prononcée depuis l'opération du fils. Il a estimé que sa patiente n'était pas apte à effectuer un travail physique et n'avait pas la formation suffisante pour effectuer un travail intellectuel.
31. Le même jour, le Dr T_____ a délivré un certificat médical dans lequel il a indiqué que la recourante était en traitement médico-psychiatrique auprès de lui depuis le 23 février 2005 et qu'en plus de sa compliance médicamenteuse, sa patiente venait régulièrement aux séances de psychothérapie.
32. Par acte adressé au Tribunal cantonal des assurances sociales le 1^{er} novembre 2007, la recourante a interjeté recours contre la décision de l'OCAI du 1^{er} octobre 2007, concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, voire psychiatrique, et, principalement à l'annulation de la décision entreprise et à la constatation de son droit à des prestations servies au titre de l'assurance-invalidité. Selon elle, l'expertise interdisciplinaire du COMAI, sur laquelle s'était fondé l'intimé, n'avait pas de valeur probante. Cette expertise était contredite, à son avis, par les rapports des Drs L_____, M_____, N_____, Q_____, R_____ et T_____, qui attestaient de la gravité de son état. Elle estime ainsi présenter une incapacité de travail et de gain de 100%. Contrairement aux constatations retenues par les experts, elle soutient que son état dépressif et ses problèmes de dos se sont aggravés avec le temps, en particulier depuis les six derniers mois et qu'elle n'a pas connu de rémission. Au niveau physique, ses limitations ne concernent pas seulement le port de charges lourdes, mais également certains mouvements du dos. Elle évoque aussi une épicondylite au bras droit. Si elle reconnaît avoir ressenti moins de douleurs physiques lors de l'expertise, elle évoque une sollicitation moins grande de son dos en raison de son inactivité mais confirme l'existence de ses douleurs. Au niveau psychiatrique, elle affirme souffrir d'un épisode dépressif récurrent, aggravé par l'annonce du cancer de son fils, et d'une fibromyalgie. Les traitements, suivis par elle, n'ont pas eu d'effets convaincants. Elle estime que les experts n'ont pu avoir qu'une perception imparfaite de son état de santé puisqu'ils ne l'ont vue que lors d'une consultation chacun. Elle précise enfin que le rapport de confiance a été rompu avec l'expert-psychiatre suite à son renvoi en début de consultation, de sorte que ce dernier n'a pas pu se rendre compte de ses problèmes.

33. Par réponse du 10 décembre 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours, renvoyant aux arguments figurant dans sa décision. Il précise que l'expertise COMAI présente pleine valeur probante. Le fait d'avoir été réalisée sur un seul entretien caractérise une expertise. En outre, le rapport du Dr T_____ du 13 juillet 2007 ne saurait remettre en cause les conclusions de cette expertise, puisqu'il n'atteste aucune détérioration de l'état de santé de la recourante ni ne retient d'éléments nouveaux. Une nouvelle expertise n'est, à son avis, nullement justifiée.
34. En date du 25 février 2008, le Tribunal a demandé au Dr T_____ de lui indiquer avec précision quelle était la capacité de travail de sa patiente en décembre 2005, au début du suivi médical, et à la date de la décision litigieuse (juillet 2007), en mettant en évidence les éventuelles modifications de capacité qui avaient pu intervenir et leur date. Il souhaitait également l'explicitation de la phrase suivante : "Dès lors, [la recourante] laisse entendre qu'elle ne peut appliquer aptitude et compétences professionnelles". Il demandait également à ce médecin de lui indiquer s'il était d'accord avec les conclusions de l'expertise et des avis du Dr L_____ des 18 et 30 octobre 2007. Enfin, le Tribunal souhaitait savoir quel avait été l'impact de la maladie du fils sur l'état psychique de la recourante.
35. Par réponse du 7 mars 2008, le Dr T_____ a mis en évidence deux facteurs. Le premier est une constante instabilité émotionnelle qui l'empêche de se prononcer exactement sur la capacité de travail de sa patiente et qui n'a jamais permis une stabilisation de l'état mental pour une éventuelle capacité de plus de 50%. Le second facteur est la fluctuation du tableau clinique notamment en raison des chocs émotifs antérieurs et actuels. En ce qui concerne la phrase dont le sens lui était demandé, il a indiqué que sa patiente sombre dans l'évocation constante de ses chocs émotifs, à cause de son instabilité émotionnelle, de sa labilité d'humeur et de son automatisme mental, ce qui détermine son incapacité.
36. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 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 fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. Le présent recours concerne le droit à des prestations postérieurement au 1^{er} janvier 2003, date de l'entrée en vigueur de la LPGA. Ce cas est donc régi par cette loi, tant sur le plan matériel que procédural. Il est également régi par les dispositions pertinentes de la LAI, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003 pour les faits qui

se sont déroulés jusqu'à cette date, puis dans sa teneur au 1^{er} janvier 2004 (4^{ème} révision), pour les faits subséquents. La modification de la LAI en vigueur dès le 1^{er} juillet 2006 est également applicable, puisque le présent recours a été formé le 1^{er} novembre 2007.

3. Interjeté le 1^{er} novembre 2007 contre la décision du 1^{er} octobre 2007 reçue le lendemain, soit dans le délai de trente jours prévu par l'art. 60 al. 1 LPGA et dans les formes requises, le présent recours est recevable.
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, et singulièrement à l'appréciation de sa capacité de travail et de gain se rapportant à sa seconde demande de prestations. Elle a en effet retiré sa première demande en février 2003, lorsqu'elle a repris une activité professionnelle qui a pris fin avec son licenciement en mars 2004.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe, d'après l'art. 29 al. 1 LAI, au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références; actuellement art. 17 LPGA). Aux termes de cette disposition, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à

influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. A cet égard, l'art. 88a al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI) précise que si l'incapacité de gain ou l'impotence 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.

6. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le

champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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 sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, on ne saurait mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garantis (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères exposés précédemment (consid. 3.1; ATFA non publié du 24 août 2006, I 938/05, consid. 3.2). S'agissant de l'expertise pluridisciplinaire et des rapports de spécialistes, la première a pour but d'obtenir une collaboration entre différents praticiens et d'éviter les contradictions que pourraient entraîner des examens trop spécialisés, menés indépendamment les uns des autres. La jurisprudence estime ainsi qu'il convient de s'attacher à la discussion globale menée par les experts du COMAI plutôt qu'aux rapports forcément sectoriels et limités des différents spécialistes consultés en cours d'expertise (ATFA non publiés du 13 mars 2006 [I 16/05] et T. du 4 juillet 2005 [I 228/04]). Enfin, s'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin,

en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Sur ce point, la jurisprudence, consacrant une divergence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 676/05 du 13 mars 2006, consid. 2.4; I 783/05 du 18 avril 2006, consid. 2.2; U 58/06 du 2 août 2006, consid. 2.2; I 835/05 du 29 août 2006, consid. 3.2; I 879/05 du 27 septembre 2006, consid. 3.3; I 633/06 du 7 novembre 2006, consid. 3), estime que l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise psychiatrique et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. A cet égard, il n'est pas arbitraire de considérer comme plus objective l'opinion émise par des experts choisis en toute indépendance par l'autorité dans le seul but de renseigner la justice par rapport à celle du médecin traitant. En effet, un médecin traitant, qui a entrepris une psychothérapie, a naturellement le souci d'éviter tout ce qui pourrait perturber son travail et souhaite notamment éviter de provoquer chez son patient un ressentiment qui rendrait sa mission plus difficile ou même impossible. La doctrine va dans le même sens en excluant que, pour des motifs d'objectivité et d'impartialité, le médecin avec qui l'expertisé entretient une relation thérapeutique puisse intervenir comme expert (HANS-LUDWIG SCHREIBER, *Der Sachverständige im Verfahren und in der Verhandlung*, in Ulrich Venzlaff/Klaus Foerster, *Psychiatrische Begutachtung, Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen*, 2ème éd. 1994, p. 83 ss, 91; MARC HELFENSTEIN, *Der Sachverständigenbeweis im schweizerischen Strafprozess*, Zurich 1978, p. 100) (ATF . 124 I 170 consid. 4).

8. Dans le cas d'espèce, la recourante conteste la valeur probante de l'expertise COMAI du 21 décembre 2006, sur laquelle s'est principalement fondé l'intimé pour lui refuser un droit à la rente.

Les deux experts, l'un rhumatologue, l'autre psychiatre, ont examiné personnellement cette dernière, ont pris en considération ses plaintes, se sont fondés sur une anamnèse complète, ont confronté leurs appréciations lors d'un *consilium* et ont enfin délivré des conclusions claires et concordantes. Le Tribunal constate que cette expertise a pleine valeur probante, car elle répond aux exigences jurisprudentielles en la matière. La durée de l'examen clinique effectuée par les experts ne saurait remettre en question la valeur probante de leur travail, contrairement à ce que pense la recourante. Le rôle d'un expert consiste en effet,

notamment, à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref, comme l'a relevé l'intimé (voir ATF non publié du 26 novembre 2007 no I 1048/06, consid. 4). Ceci précisé, le Tribunal constate que les experts ne se sont pas contentés de leurs seules investigations mais se sont également fondés sur les rapports médicaux des autres praticiens, en particulier les médecins et psychiatre-traitants.

Il en découle que la recourante souffre d'affections physiques a) et psychiatriques b), dont il convient d'examiner si elles ont un caractère invalidant.

a) Au niveau physique, la recourante présente une protrusion discale ainsi qu'une sténose relative du canal lombaire acquise et constitutionnelle, une tendynomyalgie fessière droite, des dysfonctionnements dorsaux étagés (D5 à D10) avec une sensibilité de la musculature des trapèzes inférieurs et muscles rhomboïdes modérée en l'état, une discopathie L5-S1 et des scapulo-dorsalgies vraisemblablement tensionnelles. La recourante ne présentait pas de symptomatologie irritative ou déficitaire aux membres inférieurs ni de gêne réelle dans les capacités fonctionnelles et signalait des plaintes minimales à modérées lors de l'expertise, en particulier au niveau des trapèzes inférieurs. Le fait que cette amélioration des douleurs s'explique selon elle par la période d'inactivité qu'elle connaissait n'est pas un argument mettant en doute les conclusions des experts et n'est pas confirmé par un avis médical. S'agissant de l'épicondylite, les experts ne l'ont pas retenue mais ont relevé une palpation épicondylienne sensible. Le médecin-traitant de la recourante avait déjà considéré, dans son rapport du 16 août 2005, que l'épicondylite était sans répercussion sur la capacité de travail. Faute d'aggravation à ce niveau attestée médicalement, on ne voit pas quel argument peut en tirer la recourante pour contester les conclusions des experts.

S'agissant d'une aggravation de l'état de santé, elle a été retenue par le médecin-traitant dans son rapport du 18 mai 2007, en particulier sous forme d'une migraine presque quotidienne et d'une cervico-dorso-lombalgie depuis un an, ainsi que dans son rapport du 30 octobre 2007, sous forme de raideur matinale au niveau lombaire de trois à quatre heures. Or, l'expertise, qui a eu lieu six mois avant le rapport du 18 mai 2007, ne retient pourtant aucun élément allant dans le sens d'une aggravation de l'état de santé. Au contraire, elle a mis en évidence des plaintes très modérées de la recourante. S'agissant du rapport d'octobre 2007, il est très peu étayé et apparaît plutôt comme le relai des plaintes de la recourante que comme des constatations objectives. Enfin, les aggravations retenues par le médecin-traitant ne sont confortées par aucune investigation ni corroborées par aucun autre avis. Emanant en outre du médecin-traitant, dont l'appréciation a une force probante atténuée, elles sont insuffisantes pour mettre en doute les conclusions de l'expertise ou pour retenir une aggravation au niveau physique. Ainsi, à ce niveau, la recourante ne présente-t-elle pas de limitations suffisantes pour entamer sa capacité de travail dans son activité antérieure.

b) Au niveau psychiatrique, les experts ont retenu un trouble anxio-dépressif récurrent léger (F33.00), en rémission, sans répercussion sur la capacité de travail.

S'agissant de la valeur probante de l'expertise, il convient préalablement de relever que le fait que l'expert-psychiatre ait demandé à la recourante de retourner dans la salle d'attente afin de retrouver son calme, s'il apparaissait inadéquat, n'apparaît pas à lui seul comme attestant d'une rupture du lien de confiance. L'expert a indiqué que l'entretien avait pu reprendre dix minutes plus tard et s'était déroulé normalement. Il ressort des plaintes formulées par la recourante à l'expert, en particulier celles relatives à ses difficultés de couple, qu'elle a pu s'exprimer dans une confiance suffisante. Par ailleurs, la recourante n'a pas manifesté, par une lettre par exemple, son mécontentement suite à cette entrevue. Enfin, ni son médecin-traitant ni son psychiatre-traitant n'en font mention, alors qu'on pourrait s'attendre à ce qu'elle se soit confiée sur ce point. En outre, cet élément n'a pas été mentionné dans l'opposition à la décision. Dans ces circonstances, force est d'admettre que l'expertise s'est déroulée dans des conditions normales. Si l'argument de la recourante visait à remettre en question l'impartialité de l'expert, il est invoqué tardivement. Il est en effet, selon la jurisprudence, contraire à la bonne foi d'attendre l'issue d'une procédure pour tirer ensuite argument, à l'occasion d'un recours, du motif de récusation, alors que celui-ci était déjà connu auparavant (consid. 1b non publié de l'ATF 126 V 303, mais dans SVR 2001 BVG 7 p. 28 et les arrêts cités).

Les experts retiennent un état anxio-dépressif récurrent (F33.00) et estiment, au jour de l'expertise, que ce trouble thymique très léger peut être considéré en rémission. En ce qui concerne la capacité de travail, les experts retiennent une incapacité de travail entière depuis juillet 2004, laquelle s'est progressivement améliorée sous traitement, jusqu'à une capacité de travail de 50% en décembre 2005. Ils ont enfin constaté une capacité devenue complète au jour de l'expertise.

Cette expertise emporte la conviction du Tribunal. Elle répond aux critères jurisprudentiels en matière de valeur probante, a pris en considération les plaintes de la recourante, son anamnèse, les pièces médicales utiles et comporte des conclusions bien motivées.

Le Tribunal relève en particulier que la variation de l'intensité de l'état dépressif et du taux d'incapacité de travail ressortent de différents rapports médicaux. Ainsi, les Drs O _____ et P _____ de la Clinique de Montana ont indiqué, dans leur rapport du 23 mars 2004, que sur le plan thymique les scores d'anxiété et de dépression étaient élevés. L'incapacité totale de travail de la recourante a été attestée par le Dr V _____ en janvier 2005, par le Dr L _____ suite à sa consultation de février 2005 (rapport du 16 août 2005), par le Dr R _____, le 8 avril 2005 et par les Drs W _____ et A _____ de la Clinique de Montana, lors du séjour de la recourante du 23 mai au 9 juin 2005, avec l'indication d'une

amélioration de la thymie en fin de séjour. Le Dr T_____ a évalué le taux d'incapacité de travail, le 21 décembre 2005, à 50% et à 100%. Sur demande du Tribunal, il a indiqué qu'il ne pouvait évaluer plus précisément cette capacité, en raison de la constante instabilité émotionnelle qui caractérise l'état de sa patiente. Contrairement aux experts, il estime cependant que celle-ci n'a jamais eu un état mental suffisamment stabilisé pour une éventuelle capacité de plus de 50%. Sous réserve de la question d'une aggravation de l'état de santé de la recourante liée à la découverte de la maladie de son fils postérieurement à l'expertise, question examinée ci-après, le Tribunal considère que le Dr T_____ n'a pas fait part d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés lors de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des experts. Il en est de même du Dr L_____ qui indique dans son rapport du 18 mai 2007 une aggravation de l'état de santé de sa patiente depuis un an, lequel par ailleurs n'est pas psychiatre. De la même manière, l'avis de la Dresse U_____, selon lequel la recourante n'a souffert d'épisodes dépressifs autres que ceux de 1992 et 2001 et n'a pas connu d'incapacité de travail depuis lors (rapport du 9 mars 2007) ne permet pas de douter de l'appréciation des experts. Le Tribunal relèvera que ce médecin n'est pas psychiatre, qu'elle n'a pas vu la recourante, et que son avis est contredit par l'ensemble des rapports médicaux précités ainsi que par l'expertise. Bien qu'affirmant que les critères pour l'intensité moyenne de la dépression, retenue par le psychiatre-traitant et non contestée par les experts pour la période précédant leur expertise, seraient insuffisants en regard du code CIM-10, elle n'indique cependant pas quels critères en particulier feraient défaut, de sorte que cela ne peut suffire à mettre en doute l'expertise.

Il reste encore à examiner si la recourante a connu une aggravation de son état postérieurement à l'expertise du 21 décembre 2006, liée à la découverte de la maladie de son fils, ainsi que l'atteste le Dr L_____ dans ses rapports des 18 mai et 30 octobre 2007. Cette question a été soumise au psychiatre-traitant par l'intimé, en lien précisément avec la maladie du fils. Dans son rapport du 13 juillet 2007, ce médecin n'a pas attesté d'une aggravation de l'état psychique de sa patiente, indiquant que l'état était stationnaire, avec indication pour des mesures professionnelles. Interpellé par le Tribunal sur le sens qu'il fallait donner au fait que la recourante laissait "entendre qu'elle ne pouvait pas appliquer aptitudes et compétences professionnelles", le psychiatre a mis en perspective une instabilité émotionnelle, une labilité d'humeur et un automatisme mental qui détermine, selon lui, son incapacité. Il ressort de ce qui précède que le psychiatre-traitant n'a pas indiqué que la découverte de la maladie du fils de la recourante aurait provoqué une aggravation de l'état psychique de celle-ci. Le Tribunal ne doute pas qu'un tel événement est des plus douloureux. Cependant, sur le plan médical, aucun élément ne permet de constater que les conclusions de l'expertise auraient varié depuis sa reddition. Par conséquent, une nouvelle expertise psychiatrique n'apparaît pas justifiée. L'expertise COMAI conserve dans ces circonstances sa pertinence et la

recourante sera déboutée de ses conclusions visant la mise sur pied d'une nouvelle expertise.

L'expertise, qui a dès lors pleine valeur probante, permet de retenir que la recourante s'est trouvée en totale incapacité du 24 juillet 2004 au 21 décembre 2005, date du rapport du Dr T_____, puis en incapacité partielle (50%) de cette date au 21 décembre 2006, date de l'expertise, pour enfin récupérer une capacité entière dès cette date. La décision de l'intimé, constatant une pleine capacité de travail, sera donc modifiée en conséquence.

9. Compte tenu de ce qui précède, il reste à déterminer le début du droit à la rente et le taux d'invalidité de la recourante en fonction de son incapacité de travail, attestée entre juillet 2004 et décembre 2006.

Dans le cas d'espèce, la recourante souffre d'une maladie de longue durée au sens de l'art. 29 al. 1 let. b LAI (teneur au 1^{er} janvier 2004). Le début du droit à la rente naît donc au plus tôt à la date dès laquelle elle a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA.). Comme le début de son incapacité est attestée au 24 juillet 2004 par plusieurs médecins, ce qui n'est pas contesté par les experts, le délai d'attente est échu au 24 juillet 2005. Le droit à la rente commence donc au 1^{er} juillet 2005, en vertu de l'art. 29 al. 2 *ab initio* LAI.

10. L'intimé a un statut d'assurée active, conformément au questionnaire qu'elle a rempli en janvier 2006 mentionnant une activité à plein temps depuis 1992, ainsi que l'a retenu l'intimé. Le degré d'invalidité doit donc être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI).

En l'espèce, la recourante a été totalement incapable de travailler de juillet 2004 au 21 décembre 2005, de telle sorte que son degré d'invalidité est, pour cette période, de 100%, lequel donne droit à une pleine rente d'invalidité dès juillet 2005.

Dès le 21 décembre 2005, elle a connu une capacité partielle de travail de 50%. S'agissant du revenu sans invalidité de la recourante, le Tribunal constate que la seule pièce attestant d'un salaire effectif est une fiche de paie de l'entreprise X_____ pour le mois de janvier 2002, indiquant un salaire de 18 fr. 80 de l'heure. Aucune pièce n'émane du dernier employeur, Y_____. La recourante a mentionné dans sa demande de prestations de l'assurance-invalidité le montant mensuel de 2'600 fr., mais cette indication est insuffisante pour établir avec certitude son revenu sans invalidité. Faute d'éléments concrets disponibles, et compte tenu de la période de chômage en 2003 et 2004 précédant la période

d'incapacité, ce revenu doit être déterminé à partir de valeurs statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), comme le permet la jurisprudence (voir ATFA non publié du 24 avril 2006 no I 276/2005 et références). Il sera fait application du Tableau TA7, lequel fournit des valeurs pour une activité déterminée, ce qui permet de fixer avec plus de précision le revenu déterminant (RAMA 2000 n° U 405 p. 400 consid. 3b). Il entre en particulier en considération dans le cas de la recourante, car, bien qu'ayant travaillé dans le privé, cette dernière a accès au secteur public (voir Arrêt du Tribunal fédéral du 18 août 2006, cause I 408/05).

En l'espèce, l'année de référence est celle de la naissance du droit, soit 2006 s'agissant de la rente partielle. Le salaire de référence, auquel peuvent prétendre les femmes exerçant des activités simples et répétitives dans le nettoyage et l'hygiène publique, est de 3'729 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise (L'Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, Tableau TA7, niveau de qualification 4), soit 44'748 fr. par année. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures ; la Vie économique 2006, p. 98, tableau B 9.2), ce salaire doit être arrêté à 46'649 fr. 80.

S'agissant du salaire avec invalidité, il convient de se référer au même salaire statistique calculé précédemment, dès lors que la recourante est à même de reprendre son ancienne activité professionnelle mais de tenir compte d'une capacité résiduelle de travail de 50%. En outre, le Tribunal tiendra compte d'un facteur de réduction de 15%, afin de prendre en considération les circonstances personnelles de la recourante, en particulier de ses limitations à porter des charges lourdes et du fait qu'elle ne peut que travailler à un taux partiel d'occupation (ATF 126 V 79 s. consid. 5b/aa-cc). On obtient ainsi un revenu d'invalidité de 19'826 fr. 15 (46'649 fr. 80 x 50% = 23'324 fr. 90, moins le 15% [3'498 fr. 74]), ce qui correspond à un taux d'invalidité de 57,5% et ouvre un droit à une demi-rente en application de l'art. 28 LAI. Selon l'art. 88a RAI, la rente d'invalidité entière est due du 1^{er} juillet 2005 au 31 mars 2006 et la demi-rente prend effet au 1^{er} avril 2006. Compte tenu d'une pleine capacité de travail retrouvée dès le 21 décembre 2006, cette demi-rente s'éteint au 31 mars 2007.

Compte tenu de la pleine capacité de travail de la recourante, il est inutile d'examiner un droit à des mesures de reclassement professionnel. Elle-même n'a pas sollicité de telles mesures.

Par conséquent, la décision attaquée sera annulée et il sera dit que la recourante a droit à une rente entière du 1^{er} juillet 2005 au 31 mars 2006 et à une demi-rente du 1^{er} avril 2006 au 31 mars 2007.

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

La greffière

Nancy BISIN

La présidente

Valérie MONTANI

La secrétaire-juriste :
Sandrine TORNARE

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