

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/957/2007

ATAS/654/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 29 mai 2008

En la cause

Madame G_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître MARSANO Jean-Luc

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Christine KOEPEL et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame G _____, de nationalité italienne, a exercé les professions d'aide soignante, de concierge puis d'employée de maison.
2. Le 6 décembre 2001, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (OCAI) en invoquant une allergie aux produits de nettoyage utilisés dans sa profession.
3. Par décision du 17 décembre 2003, l'OCAI a accordé à l'assurée une demi-rente à compter du 25 octobre 2001. L'OCAI a considéré que depuis le 25 octobre 2000, l'assurée n'avait plus disposé que d'une capacité de travail restreinte (50% de rendement sur un plein temps) dans une activité simple et répétitive. Comparant le gain qu'elle aurait pu réaliser dans une telle activité en tenant compte d'une réduction supplémentaire de 15 % (20'011 fr.) à celui qu'elle aurait réalisé sans atteinte à la santé (46'404 fr.), l'OCAI a abouti à un degré d'invalidité de 57 %.

Pour fonder sa décision, l'OCAI s'est basé notamment sur les éléments suivants :

- Des radiographies pratiquées le 15 mars 2000 avaient mis en évidence un spondylolisthesis de L4 sur L5 sur une très importante arthrose interfacettaire, un spondylolisthesis à l'étage subjacent L5-S1 se faisant sur une lyse isthmique bilatérale avec une importante arthrose interfacettaire et une discopathie dégénérative.

- Un rapport médical rédigé le 24 février 2003 par le Dr L _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, mentionnait les diagnostics d'eczéma, de lombosciatalgies gauches chroniques sur spondylolisthesis L4-L5 et L5-S1, d'importante arthrose interfacettaire, protrusion discale L4-L5 et discopathies dégénératives L5-S1. Ont également été mentionnés en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : des paresthésies nocturnes bilatérales prédominant à gauche sur syndrome du canal carpien bilatéral, une hernie hiatale, des céphalées tensionnelles et migraineuses, un état dépressif réactionnel, etc. Le médecin a indiqué que la patiente l'avait consulté à maintes reprises depuis 1988 pour des poussées de lombalgies avec nette accentuation de la symptomatologie douloureuse à compter de 1997, date à partir de laquelle étaient apparues des sciatalgies gauches. Il a estimé la capacité de travail de la patiente en tant qu'employée de maison ou concierge entre 60 et 70 %, précisant que, dans une activité adaptée, c'est-à-dire sans effort physique particulier, elle serait certainement totale.

- Un rapport d'observation professionnelle a été rendu par le Centre d'intégration professionnelle (CIP) le 9 septembre 2003 qui a

conclu à une capacité résiduelle de travail de 50 % (rendement de 50 % sur un plein temps) dans un emploi simple et pratique privilégiant la position assise mais permettant l'alternance des positions. Ont été retenus à titre de métiers envisageables : ouvrière dans le cuir ou dans le conditionnement léger, aide-couturière, caissière. Il a été préconisé d'éviter les contacts avec les substances allergènes, le port de charges, les travaux lourds ainsi que les positions statiques prolongées. L'assurée se plaignait en effet d'un eczéma de contact aux produits de nettoyage ainsi que de lombosciatalgies modérées non déficitaires, de paresthésies nocturnes dans les mains sur un début de syndrome du tunnel carpien bilatéral et de gonalgies modérées.

4. Interrogée le 16 décembre 2004 dans le cadre de la révision de son dossier, l'assurée a allégué une aggravation de son état de santé et a indiqué avoir subi une opération à l'épaule droite.

A l'appui de ses dires, elle a produit un certificat du Dr L_____ daté du 17 novembre 2004 dans lequel ce dernier indique que les troubles psychiques préexistants se sont progressivement accentués, qu'il y a également eu une aggravation sur le plan somatique sous forme d'apparition de douleurs aux membres supérieurs droits, en particulier à l'épaule droite, ayant nécessité une opération le 14 septembre 2004. Le Dr L_____ a émis l'avis qu'une évaluation psychiatrique devrait être mise sur pied.

L'assurée a également produit un rapport du Dr M_____, spécialiste FMH en neurologie, daté du 30 avril 2004 posant les diagnostics de dépression moyenne à sévère, tunnel carpien bilatéral et lombosciatalgies gauches d'origine arthrosique et dégénérative.

5. Dans un bref rapport médical daté du 10 janvier 2005 le Dr N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite existant depuis avril 2004. Il a attesté d'une incapacité totale de travail à compter du 8 septembre 2004.
6. Interrogé par l'OCAI, le Dr A. M_____ a quant à lui conclu à une incapacité totale de travail depuis 2001 date à laquelle la patiente a développé une allergie aux produits de nettoyage. Il a posé les diagnostics d'allergie de contact, lombosciatalgies gauches sur pathologie dégénérative lombaire, syndrome du tunnel carpien, céphalées chroniques mixtes tensionnelles et vasculaires et décompensation dépressive anxieuse. Il a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire voire s'améliorait légèrement. Il a expliqué que l'incapacité de travail était liée à l'allergie importante aux produits de nettoyage et a évalué la capacité de travail de la patiente à 50 % en ce qui concernait les problèmes somatiques. Il a indiqué que l'on pouvait exiger de sa patiente qu'elle exerce une autre activité à condition que cette dernière permette d'éviter les produits chimiques

et de tenir compte de ses problèmes dorsaux et à l'épaule, à raison de 4 heures par jour.

7. Dans un rapport du 28 janvier 2005, le Dr L_____ a indiqué que l'état de sa patiente s'était aggravé sur plusieurs plans.

L'état dépressif réactionnel évoqué dans son premier rapport d'abord léger, n'avait cessé de se détériorer notamment depuis l'automne 2003, période à laquelle le mari de l'assurée avait été incarcéré. Le médecin a précisé que sur le plan psychique, la patiente était suivie depuis la fin du mois d'avril 2004 par le Dr M_____, lequel avait posé le diagnostic d'état dépressif moyen à sévère et instauré un traitement antidépresseur.

Au mois d'avril 2004, étaient par ailleurs apparues des douleurs à l'épaule droite irradiant jusqu'au coude et accentuant les paresthésies au niveau de la main. Le diagnostic de conflit sous-acromial avec suspicion de rupture de la coiffe des rotateurs avait été posé par le Dr N_____ en août 2004 et une intervention chirurgicale avait eu lieu le 8 septembre 2004. Depuis lors, l'état de l'épaule s'était amélioré mais l'assurée se plaignait toujours de douleurs lors de certains gestes et surtout à l'effort. Les douleurs lombaires avec sciatalgies gauches étaient quant à elles toujours présentes et n'avaient pas diminué. Une hypothyroïdie avait été détectée mais était bien stabilisée sous traitement.

8. Un examen bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique a été mis sur pied au Service Médical Régional AI (SMR). Il a été confié au Dr O_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et au Dr P_____, psychiatre, qui ont rendu leur rapport en date du 8 novembre 2006.

Les médecins ont retenu à titre de diagnostics : des rachialgies diffuses avec sciatalgies bilatérales à prédominance droite dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec spondylolisthésis de L4-L5 de degré I sur arthrose postérieure et de L5-S1 de degré I sur spondylolyse bilatérale (M54.4), PSH à droite résiduel dans le cadre d'un statut après acromioplastie et sutures de la coiffe des rotateurs (M75.1) et eczéma des mains de type dermatite de contact dans le cadre d'une allergie au formaldéhyde contenu dans divers détergents.

Ont également été mentionnés en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : un syndrome du tunnel carpien gauche, un status après cure chirurgicale d'un syndrome du tunnel carpien droit, une hypothyroïdie substituée, une obésité et une dysthymie à début tardif.

Il a été relevé que l'assurée se plaint essentiellement de lombalgies irradiant à la face externe des membres inférieurs jusqu'au mollet, surtout à droite, ainsi que de cervicalgies avec céphalées en casque s'accompagnant de nausées et pouvant se

compliquer de vertiges à raison de 3 à 4 épisodes par année. Elle signale également des douleurs aux épaules, surtout à droite, et des dorsalgies.

Des troubles statiques modérés du rachis ont été constatés. Les médecins ont observé une diminution de la mobilité lombaire et cervicale mais ont noté la présence de signes de non-organicité selon WADDELL sous forme de lombalgies et d'une discordance entre la distance doigts-sol et doigts-orteils. Ils ont relevé que même la mobilité de l'épaule droite est bien conservée mis à part la distance pouce-C7 qui est supérieure à droite par rapport à gauche. Les examens radiologiques ont mis en évidence des troubles statiques et dégénératifs au niveau du rachis et des cervicales.

Au vu de ces diagnostics, les médecins du SMR ont conclu à une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle de nettoyeuse. Ils ont en revanche estimé que dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles - c'est-à-dire permettant d'alterner deux fois par heure les positions assise et debout, d'éviter le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, l'élévation ou l'abduction de l'épaule droite à plus de 80 degrés, le soulèvement de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur droit et le contact avec des détergents -, l'assurée avait toujours conservé une capacité de travail entière.

Sur le plan psychiatrique, l'anamnèse n'a pas mis en évidence de maladie psychiatrique ou de trouble de la personnalité décompensé ayant des répercussions sur la capacité de travail. Les médecins du SMR ont relevé qu'à l'époque où l'OCAI a rendu sa première décision, le Dr Q_____, médecin consultant du CIP, avait mentionné un état anxieux réactionnel aux problèmes de santé et le médecin traitant avait signalé en 2003, parmi les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un état dépressif réactionnel. Ils ont relevé que malgré l'incarcération de son époux, l'assurée n'avait pas subi de modification de son traitement antidépresseur; aucune psychothérapie n'avait non plus été introduite. L'examen psychiatrique a permis de constater un état dépressif réactionnel au bouleversement familial depuis septembre 2003. Vu la relation avec les événements stressants manifestes et la durée de l'humeur dépressive, le diagnostic de dysthymie à début tardif a été retenu.

Les médecins du SMR ont finalement conclu à une incapacité de travail de 100 % depuis octobre 2000 sur le plan strictement somatique dans l'activité habituelle de nettoyeuse. Ils ont en revanche estimé que la capacité de travail était toujours restée complète dans une activité adaptée et que l'apparition d'une pathologie à l'épaule droite ne conduisait qu'à des limitations fonctionnelles supplémentaires qui, si elles sont respectées, ne conduisent pas à une incapacité de travail.

9. Le 22 janvier 2007, l'assurée a produit un courrier du Dr L_____ dans lequel ce dernier, répondant à des questions, confirme que sa situation s'est péjorée depuis

mars 2005 avec une accentuation nette des lombalgies et surtout des sciatalgies droites et, dans une moindre mesure, des sciatalgies gauches. Selon le médecin, la patiente accuse de plus en plus de difficultés à marcher en raison des fortes douleurs. L'affection à l'épaule droite apparue en avril 2004 cause toujours une gêne lors de l'utilisation du membre supérieur droit, bien que l'on ne puisse dire que les douleurs de l'épaule droite sont plus prononcées qu'auparavant. Le médecin met cette aggravation en relation avec une détérioration importante des lésions arthrosiques au niveau lombaire et avec l'apparition d'une hernie discale droite. Au niveau des épaules, bien qu'il n'y ait pas d'aggravation clinique, la progression des lésions radiologiques est indiscutable. Le médecin conclut à une incapacité totale de travail, quelle que soit l'activité exercée.

10. A également été produit un rapport du 24 janvier 2007 du Dr R_____, spécialiste FMH en radiologie, qui conclut à une exagération de l'arthrose L3-L4 depuis l'examen du 13 mars 2000 et à l'apparition d'une arthrose facettaire droite à cette hauteur. Il note également l'apparition d'une hernie discale droite en L4-L5. En revanche le double spondylolisthésis L4-L5 et L5-S1 n'a pas changé, tout comme la pneumatisation dégénérative du disque L5-S1.
11. Par décision du 9 février 2007, l'OCAI a rejeté la nouvelle demande de prestations déposée par l'assurée. Se référant à l'examen bidisciplinaire du SMR, l'OCAI a considéré que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas modifié au point d'influencer son droit à une rente et que si sa capacité de travail restait nulle dans la profession de nettoyeuse, elle était en revanche entière dans une activité adaptée.
12. Par courrier du 9 mars 2007, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle demande préalablement la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer précisément son taux de capacité de travail, principalement, l'octroi d'une rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} décembre 2003.

La recourante allègue que le rapport médical établi par le SMR est en totale contradiction avec les constatations faites par les Drs N_____ et L_____, dont elle fait remarquer qu'ils la suivent depuis longtemps, ce dont elle tire la conclusion qu'ils sont mieux à même de juger de son état de santé que les médecins du SMR qui ne l'ont vue qu'à une seule reprise pour une expertise psychiatrique qu'elle qualifie de sommaire.

La recourante affirme que sur le plan psychique, son état s'est péjoré depuis l'automne 2003, époque où son époux a été incarcéré, et que, sur le plan physique, sont apparues en 2003 une hypothyroïdie et, en 2004, des douleurs à l'épaule droite ayant nécessité une intervention chirurgicale.

La recourante rappelle qu'elle ne dispose aucune formation professionnelle, qu'elle est pratiquement analphabète, qu'elle ignore tout des outils informatiques et en tire

la conclusion que cela ôte toute chance de succès à une tentative d'orientation professionnelle.

13. Invité à se déterminer, l'OCAI , dans sa réponse du 4 mai 2007, a conclu au rejet du recours.

Il estime que le degré d'invalidité reconnu par le passé à la recourante lui est tout à fait favorable dès lors que, selon le rapport d'examen clinique bi-disciplinaire du 24 octobre 2006, elle pourrait exercer une activité adaptée à plein temps sans diminution de rendement - contrairement à ce qui a été retenu dans la décision initiale de rente du 17 décembre 2003, rendue sur la seule base de l'évaluation du Centre d'observation professionnelle de l'AI (COPAI).

Il rappelle par ailleurs que les difficultés que pourrait rencontrer la recourante sur le marché du travail en raison de son âge ne relèvent pas de l'assurance-invalidité.

14. Une audience s'est tenue en date du 23 novembre 2007 au cours de laquelle a été entendu le Dr L_____.

Ce dernier, qui suit la recourante depuis avril 1983, selon les besoins, à raison d'environ une fois tous les 2-3 mois, a indiqué adhérer tout à fait aux conclusions du rapport établi par le SMR en date du 24 octobre 2006 s'agissant des limitations fonctionnelles retenues et a ajouté qu'il n'en voyait pas d'autres.

Sur le plan psychiatrique, le Dr L_____ a expliqué qu'il lui était difficile de se prononcer car il ne s'agit pas là de sa spécialité, ce qui ne l'a pas empêché, dans son premier rapport, de conclure à un état dépressif réactionnel. La situation s'est ensuite compliquée sur ce plan, raison pour laquelle il a adressé la patiente au Dr M_____ dont il a précisé qu'il est certes neurologue mais qu'en tant que tel, il dispose également de connaissances au plan psychiatrique et connaissait déjà la patiente.

Selon le Dr L_____, l'état de santé de sa patiente s'est progressivement aggravé sur le plan rhumatologique depuis 1983, plus particulièrement depuis 1997. Le témoin a dit ignorer que la décision d'octroi d'une demi-rente de l'OCAI avait pris en considération les lombalgies de sa patiente.

Il a émis l'opinion que cette dernière est désormais totalement incapable de travailler. A cet égard, il a souligné que les lésions radiologiques déjà visibles antérieurement se sont aggravées, qu'une hernie discale a été diagnostiquée le 23 janvier 2007, que la patiente est souvent victime de crises de lombalgies aiguës rendant difficile l'exercice d'une activité régulière (elle a dû subir des infiltrations). Le médecin a ajouté avoir constaté chez sa patiente un affaiblissement général de son état et de son tonus au fil des ans.

15. Le Dr N_____, entendu le même jour, a expliqué pour sa part avoir reçu la patiente en consultation pour la première fois en 2004, en raison des douleurs de l'épaule droite dont elle a commencé à se plaindre en avril de la même année.

Le médecin a constaté une mobilité assez bonne mais douloureuse. Il s'est avéré qu'il y avait une petite rupture tendineuse de la coiffe des rotateurs qui a été opérée le 8 septembre 2004. Cette intervention a été suivie d'une longue rééducation, comme c'est le souvent le cas dans ces cas-là. La fonction est finalement revenue au niveau antérieur mais des douleurs ont persisté dans les mobilités extrêmes.

Le Dr N_____, se rappelant avoir remis l'assurée à 100% de capacité de travail le 11 avril 2005, a estimé que la situation devait s'être plus ou moins normalisée, malgré la subsistance de douleurs. Il a ajouté que l'incapacité de travail qu'il avait attestée jusque là existait quelle que soit l'activité envisagée.

Quant aux limitations fonctionnelles retenues dans les conclusions du rapport d'examen bidisciplinaire du SMR, le Dr N_____ les a qualifiées de "raisonnables" et a indiqué ne pas avoir à en signaler d'autres. Il a expliqué que, dans de telles circonstances, le patient perd souvent un peu de force, d'où la douleur à la remobilisation.

16. Par écriture du 13 décembre 2007, l'OCAI a admis une incapacité de travail totale dans toute activité pour la période allant de septembre 2004 au 10 avril 2005. Il a relevé que lors de son audition, le Dr L_____ a adhéré aux conclusions de l'examen du SMR s'agissant des limitations fonctionnelles de l'assurée et a admis que sur le plan psychiatrique, il lui était difficile de se prononcer puisqu'il n'était pas spécialiste. S'agissant de la hernie discale, l'OCAI se réfère à l'avis de la doctoresse S_____, spécialiste en assurances sociales avec brevet fédéral et médecin-conseil au SMR, qui fait remarquer que la présence d'une hernie discale est fréquente et concerne une personne âgée de plus de 50 ans sur deux. Elle relève qu'il ne semble pas y avoir, selon les dires du médecin traitant, de répercussion de la hernie discale au niveau clinique.

17. Quant à la recourante, elle a conclu, dans ses conclusions après enquêtes du 13 décembre 2007, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2003. Elle allègue que son état s'est fortement aggravé sur plusieurs points puisque ses lombalgies se sont accentuées, une hernie discale est apparue et son épaule droite a dû être opérée. Quant au plan psychique, les troubles dépressifs se sont aggravés.

A l'appui de ses dires, la recourante a produit un courrier du Dr T_____, radiologue, indiquant qu'une nouvelle rupture n'a pas pu être mise en évidence au niveau des épaules mais qu'il existe des arguments en faveur d'une néobursite sous-acromio-deltaïdienne à droite et une arthrose acromio-claviculaire. Du côté gauche, il a relevé un début de conflit.

18. L'OCAI a soumis cette nouvelle pièce au SMR qui, dans un avis du 16 janvier 2008, indique que si ce document n'était pas à disposition lors de l'examen bidisciplinaire, un examen attentif des membres supérieurs avait toutefois permis de retenir une périarthrite scapulo-humérale à droite dans le cadre d'un status après acromioplastie. Le SMR a estimé que ce nouveau rapport n'entraîne pas de modification de son appréciation.

19. Le 17 janvier 2008, l'assurée a encore produit un rapport du Dr L_____ du 16 janvier 2008 dans lequel ce dernier retrace l'historique de l'évolution de son état. En substance, le Dr L_____ indique que certes, il peut y avoir chez les personnes ayant dépassé la cinquantaine une hernie discale asymptomatique mais que chez sa patiente, il existe une bonne corrélation entre les plaintes et cette découverte radiologique. Le médecin indique avoir adressé au mois d'octobre 2007 la patiente au Dr U_____ pour une série d'infiltrations dont le résultat a été spectaculaire, avec diminution des douleurs de 70 % environ. Une nouvelle infiltration a eu lieu quelques jours plus tard qui a abouti à une amélioration de 90 %. Malheureusement au début du mois de décembre 2007 les lombosciatalgies droites se sont de nouveau accentuées. Le médecin se dit persuadé que l'incapacité de travail de sa patiente est totale et définitive, même dans une activité adaptée.

20. Par écriture du 11 février 2008, l'OCAI a maintenu sa position. Il relève d'une part que les mouvements constatés par le Dr L_____ lors de son examen du 14 janvier 2008 sont améliorés par rapport à ceux constatés lors de l'examen du SMR d'octobre 2006, d'autre part, que contrairement à ce qu'allègue le Dr L_____, la décision initiale d'octroi de rente était motivée non seulement par l'eczéma de l'assurée mais également par ses lombosciatalgies gauches chroniques et son arthrose. Le problème rhumatologique avait donc été pris en considération à ce stade déjà. L'OCAI souligne enfin que le Dr L_____ a admis que les limitations fonctionnelles énumérées dans l'examen du SMR sont correctes et en tire la conclusion que le Dr L_____ ne fait qu'émettre une appréciation différente de la capacité de travail de sa patiente.

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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.
3. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1^{er} janvier 2003, respectivement au 1^{er} janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4^{ème} révision de la LAI (voir ATF 130 V 343).
4. Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).
5. En l'occurrence, il convient de prendre acte du fait que l'intimé a reconnu, dans son écriture du 13 mars 2007, qu'il y a eu incapacité totale de travail de septembre 2004 au 10 avril 2005. Cette appréciation est conforme à l'attestation du 10 janvier 2005 du Dr N_____ qui a posé le diagnostic de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite existant depuis avril 2004 et a attesté d'une incapacité totale de travail à compter du 8 septembre 2004. Eu égard à l'art. 88a al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), qui prévoit que si l'incapacité de gain s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroit, le cas échéant, le droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable, il y a lieu de considérer en l'occurrence que l'état de santé de l'assurée s'est en tout cas aggravé temporairement de manière à lui ouvrir droit à une rente entière du 8 décembre 2004 au 10 juillet. 2005. En ce sens, le recours est donc partiellement admis.

Pour le reste, le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de l'assurée s'est aggravé depuis la décision initiale du 17 décembre 2003 au point de lui ouvrir droit à une rente plus élevée.

6. Selon l'art. 17 LPGA (applicable à compter du 1^{er} janvier 2003), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et les références).
7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (pour la procédure administrative : art. 40 PCF en corrélation avec les art. 19 PA et 55 al. 1 LPGA; pour la procédure devant le tribunal cantonal des assurances : art. 61 let. c LPGA), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a).

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 351 consid. 3b/bb). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise (judiciaire) le fait que celle-ci contienne 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).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a encore précisé qu'en ce qui concerne les rapports médicaux établis par les médecins traitants de l'assuré, il y a lieu de 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2; ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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. ch. 2 et les références).

8. L'octroi limité par l'OCAI d'une demi-rente d'invalidité à compter du 25 octobre 2001 est fondé sur le rapport du Dr L_____ du 24 février 2003 mais surtout sur le rapport d'observation professionnelle du CIP du 9 septembre 2003.

Contrairement à ce qu'allèguent le Dr L_____ et la recourante, la décision d'octroi de rente se fondait déjà non seulement sur les problèmes allergiques de l'assurée mais aussi sur ses problèmes rhumatologiques.

Avaient déjà été mentionnées et prises en compte à l'époque les affections suivantes : un eczéma, des lombosciatalgies gauches chroniques sur spondylolisthésis L4-L5 et L5-S1, une importante arthrose interfaccetaire, une protrusion discale L4-L5 et des discopathies dégénératives L5-S1.

Dans un rapport du 28 janvier 2005, le Dr L_____ a allégué qu'il y avait eu aggravation de l'état de sa patiente sur plusieurs plans.

Il a expliqué en premier lieu que l'état dépressif réactionnel évoqué dans son premier rapport, d'abord léger, n'avait cessé de se détériorer notamment depuis l'automne 2003 et que le Dr M_____ a posé le diagnostic d'état dépressif moyen à sévère et instauré un traitement antidépresseur. Force est cependant de constater que le Dr M_____, en sa qualité de spécialiste FHM en neurologie, n'est pas le plus à même de se prononcer en matière de psychiatrie. Il n'a d'ailleurs en rien motivé le diagnostic d'état dépressif moyen à sévère qu'il a posé malgré tout et que le SMR a écarté au profit de celui de dysthymie à début tardif sans répercussion sur la capacité de travail.

Qui plus est, le Tribunal de céans relève que le Dr M_____ a conclu dans son rapport à l'intention de l'OCAI à une incapacité totale de travail à compter de 2001. Il motive cette incapacité par l'apparition d'une allergie aux produits chimiques dont il avait déjà été jugé à l'époque, par décision entrée en force, que si elle interdisait bien à l'assurée d'exercer son ancienne profession, elle ne l'empêchait pas d'exercer une activité adaptée. Ensuite de quoi, le Dr M_____ a finalement conclu à une incapacité de travail de 50% en ce qui concerne les problèmes somatiques, rejoignant en cela l'évaluation du CIP au moment de la décision initiale.

Le rapport du Dr M_____ ne saurait suffire à s'écarter, sur le plan psychique, des conclusions du SMR, dont les médecins ont procédé à une étude circonstanciée de la situation médicale de la recourante, fondée sur l'anamnèse recueillie et leurs propres observations cliniques. Les diagnostics ont fait l'objet d'une discussion claire et les conclusions auxquelles ils ont abouti ont été motivées de manière convaincante. On ne peut en revanche en dire autant de l'avis du Dr M_____.

Quant au Dr L_____, il a lui-même admis en audience ne pas être suffisamment spécialisé pour donner son avis en matière psychiatrique.

En second lieu, le Dr L_____ a indiqué qu'au mois d'avril 2004, étaient par ailleurs apparues des douleurs à l'épaule droite irradiant jusqu'au coude et accentuant les paresthésies au niveau de la main. Le diagnostic de conflit sous-acromial avec suspicion de rupture de la coiffe des rotateurs avait été posé par le Dr N_____ en août 2004 et une intervention chirurgicale avait eu lieu le 8 septembre 2004. Depuis lors, l'état de l'épaule s'était amélioré mais l'assurée se plaignait toujours de douleurs lors de certains gestes et surtout à l'effort.

Cette aggravation temporaire ayant d'ores et déjà été admise par l'intimé et par le Tribunal de céans, il n'y a pas lieu d'y revenir.

Enfin, le Dr L_____ a allégué que les douleurs lombaires avec sciatalgies gauches étaient quant à elles toujours présentes et n'avaient pas diminué et qu'une

hypothyroïdie avait été détectée mais était bien stabilisée sous traitement. Force est de constater qu'il n'y a eu, là encore, aucune aggravation de l'état de la recourante et qu'au vu des conclusions du SMR, cette dernière a au contraire bénéficié, ainsi que le fait remarquer l'OCAI, d'une décision très favorable en se voyant octroyer une demi-rente d'invalidité dans la mesure où les médecins du SMR, aujourd'hui comme en 2003, ont estimé que sa capacité de travail est restée entière dans une activité adaptée, pour autant que cette dernière respecte un certain nombre de limitations fonctionnelles qu'ils ont décrites de façon détaillée et auxquelles tant le Dr L_____ que le Dr N_____ ont souscrit.

Eu égard aux considérations qui précèdent, il y a lieu de confirmer l'absence d'aggravation de l'état de santé de l'assurée - hormis une aggravation temporaire du 8 septembre 2004 au 10 avril 2005 lui ouvrant droit à une rente entière pour une période limitée du 8 décembre 2004 au 10 juillet. 2005. En ce sens, le recours est partiellement admis.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement en ce sens que Madame G_____ se voit reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité du 8 décembre 2004 au 10 juillet. 2005.
3. Le rejette pour le surplus.
4. Renvoie la cause à l'OCAI pour calcul des prestations dues.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 1'000 fr. à titre de dépens.
6. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Brigitte LUSCHER

Karine STECK

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