

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1347/2004

ATAS/619/2005

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

**du 18 juillet 2005**

En la cause

Madame K\_\_\_\_\_, domiciliée à Meyrin

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, Genève intimé

**Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente, Mesdames Karine STECK et Juliana BALDE, Juges.**

---

### EN FAIT

1. Madame K\_\_\_\_\_, née en 1977, mariée et mère d'un enfant, de nationalité turque, est arrivée en Suisse le 3 septembre 1988. Dès fin septembre 1988, la doctoresse A\_\_\_\_\_ et le professeur B\_\_\_\_\_, médecins responsables du département de pédiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), ont diagnostiqué une hypothyroïdie congénitale, ce qui entraînait un retard mental léger et des problèmes psychologiques.
2. Le 20 mai 1996, ces praticiens ont rédigé un rapport à l'attention de leur consœur, la doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en endocrinologie, qui devait prendre en charge l'assurée. Ils ont diagnostiqué une hypothyroïdie congénitale, des saignements vaginaux entre les règles, une énurésie périodique en 1990-1991, une hyperventilation anxieuse avec crampes douloureuses dès l'âge de 17 ans ainsi qu'une dysphagie aux solides. Ils ont relevé que ces trois dernières affections étaient certainement l'expression d'un malaise psychologique, peut-être lié à l'hypothyroïdie, mais plus probablement à des problèmes familiaux et aux difficultés d'adaptation culturelle.
3. L'assurée a effectué un début d'apprentissage de coiffeuse à l'école professionnelle de Saint-Gervais à Genève de 1995 à 1997. Elle s'est inscrite auprès de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après l'OCE) le 9 septembre 1997, son gain assuré mensuel s'élevant à 1'107 fr. Elle a bénéficié d'un emploi temporaire fédéral à l'ATELIER FEMMES du 9 novembre 1998 au 10 mai 1999.
4. Le 12 janvier 1998, elle a consulté le département de chirurgie de la main des HUG suite à d'importantes douleurs dans les mains. La doctoresse D\_\_\_\_\_ et le docteur E\_\_\_\_\_, médecins responsables du département, ont diagnostiqué des phénomènes de crampes musculaires sur possible syndrome canalaire du nerf cubital droit au coude droit.
5. Le 3 juin 1998, en raison de troubles du comportement et de menaces suicidaires, l'assurée a été adressée par la doctoresse C\_\_\_\_\_ aux HUG. Elle a été hospitalisée le même jour au département de psychiatrie de Belle-Idée pour des lésions auto infligées par utilisation d'objets tranchants. La doctoresse F\_\_\_\_\_, cheffe de clinique, et le docteur G\_\_\_\_\_, médecin assistant, ont expliqué que la patiente avait présenté lors de l'entrée en clinique une thymie triste, une perte de l'élan vital, une anhédonie, des troubles du sommeil ainsi que des idées suicidaires avec projets de défenestration. Après avoir eu un entretien avec le docteur H\_\_\_\_\_, médecin psychiatre des HUG, à qui elle avait expliqué avoir été victimes de viols dans son enfance et au terme d'un examen gynécologique ayant confirmé sa virginité, les médecins ont donné leur accord le 11 juin 1998 pour qu'elle quitte la clinique et se rende avec sa famille en Turquie afin d'y rencontrer son promis avec qui elle devait se fiancer.

6. Le 31 août 1998, le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin-conseil de l'OCE, a expliqué qu'en raison de son affection congénitale, il était souhaitable que l'assurée fasse un travail de manutention plus léger ou dans la vente. Son affection ne laissait pas prévoir d'amélioration rapide au niveau des mains et une nouvelle orientation était à envisager.
7. Après la naissance de son fils le 9 septembre 1999, l'intéressée a tenté de travailler comme ouvrière dans une chocolaterie en novembre 2000, mais n'a conservé son emploi que quatre jours à cause de sa maladresse et de sa lenteur due au manque de force manuelle.
8. Le 20 septembre 2000, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) en sollicitant une orientation professionnelle, un reclassement dans une nouvelle profession et l'octroi d'une rente.
9. Le 20 octobre 2000, le docteur M\_\_\_\_\_, médecin traitant, a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI dans lequel il a diagnostiqué une hypothyroïdie chronique et une lombalgie-sciatalgie avec hypocalcémie. L'incapacité de travail avait été de 100 % du 19 janvier 2000 au 9 août 2000, puis de 50 % dès cette date jusqu'au 30 août 2000. Dans un rapport concernant les capacités professionnelles, le médecin traitant a relevé que l'assurée pouvait travailler en position assise mais ne pouvait maintenir une position debout plus de quatre heures par jour. Elle devait en outre éviter les positions à genoux et accroupie ainsi que les mouvements répétitifs des membres ou du dos et le travail en hauteur. La motivation pour la reprise du travail ou pour un reclassement professionnel était partielle.
10. Dans un rapport intermédiaire du 23 août 2001 et une annexe au rapport du même jour concernant la réinsertion professionnelle, le docteur M\_\_\_\_\_ a relevé que le diagnostic avait changé et que la patiente souffrait depuis début 2001 de dépression et d'hypotension artérielle. Ces nouveaux diagnostics avaient une influence sur la capacité de travail. L'activité exercée demeurait exigible à raison de quatre heures par jour, si possible en position assise. Le rendement subissait une diminution de 50 %. La capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales et par l'aménagement du poste de travail. L'assuré devait éviter de porter ou de déplacer des objets lourds
11. Le 13 novembre 2001, l'OCAI a mandaté le docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, aux fins d'expertise. Ce dernier a lui-même confié une expertise psychiatrique au docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a demandé l'avis de Madame P\_\_\_\_\_, neuropsychologue.
12. Celle-ci a procédé à trois examens neuropsychologiques les 18 mars, 15 et 22 avril 2002 afin d'évaluer les capacités intellectuelles et cognitives de l'assurée et a rédigé

un rapport en date du 23 avril 2002. Elle a conclu à une efficacité intellectuelle limitée, de l'ordre de la déficience légère, chez une patiente de faible niveau de scolarisation. La mémoire et le reste des fonctions cognitives n'étaient pas marquées d'éléments pathologiques.

13. Dans son expertise psychiatrique du 14 mai 2002, après avoir pris connaissance du dossier médical de l'assurée et l'avoir examinée deux fois, le docteur O\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un retard mental léger, vraisemblablement lié directement à l'hypothyroïdie congénitale. L'examen psychiatrique complet n'avait pas permis de mettre en évidence un quelconque trouble mental, hormis le retard mental léger. Il a relevé que l'assurée possédait suffisamment de capacités cognitives et de jugement lui permettant de vivre de manière autonome. En ce qui concernait la capacité de travail, ce praticien a souligné que, sur le plan psychiatrique et compte tenu de la déficience légère de la patiente, elle demeurait entière pour des métiers pratiques et simples auxquels l'absence de formation professionnelle la conduisait (manutentionnaire, gardiennage, nettoyage, vente etc).
14. Le 11 juin 2002, le docteur N\_\_\_\_\_ a rédigé un rapport dans lequel il a posé les diagnostics d'hypothyroïdie chronique de l'âge adulte, partiellement et irrégulièrement traitée, de retard mental léger, de lombalgie commune et de tétanie des mains par hyperventilation. L'hypothyroïdie actuelle n'avait aucune influence sur la capacité de travail, laquelle était entière dans un emploi simple et pratique en raison de l'absence de formation et de compétitivité de l'assurée. En ce qui concernait la lombalgie, il n'existait aucune limitation objective ni raideur à l'examen de la colonne vertébrale. En l'absence de limitation comme d'anomalie radiologique, il n'y avait pas lieu de retenir d'entrave à la capacité de travail. Les crampes douloureuses des mains avaient fait l'objet d'un bilan approfondi et avaient été imputées à un état émotionnel exacerbé et mises en relation avec une hyperexcitabilité neuro-musculaire de type tétanie par hyperventilation. Ces manifestations étant occasionnelles et transitoires, le médecin a estimé qu'elles ne pouvaient pas être retenues comme limitation à la capacité de travail.
15. Dans un rapport du 4 octobre 2002, le docteur R\_\_\_\_\_ du service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR Léman) a repris les conclusions des experts et a estimé que l'assurée était en mesure de travailler à 100 % dans une activité simple, sans formation professionnelle. Les limitations fonctionnelles étaient conditionnées par le retard mental léger et la petite taille de l'assurée. Il n'y avait aucune atteinte à la santé invalidante et des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.
16. Par courrier du 27 novembre 2002, l'OCAI a informé l'assurée qu'il projetait de lui refuser toutes prestations de l'assurance-invalidité dans la mesure où les experts avaient estimé qu'elle possédait une capacité de travail entière dans une activité

simple sans formation professionnelle et qu'elle ne présentait dès lors aucune atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité.

17. Par courrier du 9 décembre 2002, l'assurée a contesté ce point de vue en soulignant que, compte tenu de son état de santé, elle ne se sentait pas apte à exercer une activité à temps complet. Elle a joint un rapport du docteur M\_\_\_\_\_, son médecin traitant, du 4 décembre 2002 attestant qu'elle souffrait d'une pathologie thyroïdienne, de tachycardies fréquentes, de pathologie rénale et lombo-sciatique et de dépression, ce qui nécessitait un traitement permanent. Le médecin a précisé que, dans son état, la patiente possédait une capacité de travail de 50 % malgré des efforts pour travailler à 100 %.
18. Le 20 février 2003, le docteur R\_\_\_\_\_ du SMR Léman a expliqué que le certificat du médecin traitant n'apportait aucun élément nouveau, les pathologies mentionnées étant connues, hormis les tachycardies et la pathologie rénale. Ces deux dernières affections n'avaient cependant jamais été mises en évidence, ni par le médecin traitant lui-même, ni par l'assurée. L'expertise bi-disciplinaire était de bonne qualité et faisait l'inventaire de divers problèmes, en particulier les problèmes thyroïdiens, lombaires et surtout psychiques.
19. Par décision du 24 avril 2003, l'OCAI a refusé à l'assurée tant l'octroi d'une rente que des mesures professionnelles en se fondant sur les motifs déjà développés dans le projet de décision du 27 novembre 2002.
20. Par courrier du 26 mai 2003, l'assurée s'est opposée à cette décision et a demandé une nouvelle expertise.
21. Le 18 juillet 2003, elle a complété son opposition sur requête de l'OCAI et a produit un nouveau certificat médical de son médecin traitant du 17 juillet 2003 attestant de la réalité de ses affections. Il ressortait de ce document que l'assurée souffrait de différentes maladies chroniques dont une maladie de la glande thyroïde et de rhumatisme cardiaque et qu'elle suivait une psychothérapie. Selon ce médecin, la capacité de travail était fortement diminuée à long terme.
22. Dans un rapport intermédiaire du 28 août 2003, le médecin traitant a relevé que l'état de santé de l'assurée était demeuré stationnaire, mais qu'il y avait eu des changements dans les diagnostics sous la forme de lombalgie chronique et de dépression. Le statut s'était aggravé avec la dépression en 2002. Les troubles psychiques nécessitaient une prise en charge psychiatrique. L'assurée était encore en incapacité de travailler à 100 % en septembre et octobre 2003 et pourrait reprendre le travail à 50 % dès le 1<sup>er</sup> novembre 2003.
23. Le 7 avril 2004, le docteur R\_\_\_\_\_ du SMR Léman a relevé avoir pris contact avec le médecin traitant le même jour, lequel avait confirmé que la situation médicale n'avait pas changé mais que la situation sociale de l'assurée s'était

dégradée. Elle était toujours suivie sur le plan psychiatrique, mais c'était le médecin traitant qui attestait des incapacités de travail. Celui-ci avait admis que, pris isolément, les différentes affections n'entraînaient pas d'incapacité de travail, mais que l'ensemble des problèmes était responsable d'un absentéisme important qui rendait une activité lucrative suivie illusoire. Le docteur R\_\_\_\_\_ a souligné que ces éléments ne remettaient pas en cause les conclusions des experts et que ses propres conclusions du 4 octobre 2002 demeuraient valables.

24. Par décision sur opposition du 7 juin 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 24 avril 2003. Il a expliqué que le docteur M\_\_\_\_\_ avait été interrogé à nouveau sur les éléments soulevés en cours de procédure et qu'il avait confirmé que la situation médicale n'avait pas évolué. Les conclusions de l'expertise pratiquée restant valables, la décision n'était pas modifiée.
25. Par écriture du 21 juin 2004, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en expliquant que son état de santé s'était aggravé depuis 1999 et qu'elle n'était plus en mesure d'exercer une activité lucrative. Elle a conclu à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité. Hormis l'attestation du 17 juillet 2003 du docteur M\_\_\_\_\_, elle a produit plusieurs certificats médicaux émanant du docteur S\_\_\_\_\_ du département de psychiatrie des HUG attestant de son incapacité de travail à 100 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2004.
26. Dans une note interne du 4 août 2004, la doctoresse T\_\_\_\_\_ du SMR Léman, remplaçant le docteur R\_\_\_\_\_, a relevé qu'elle avait pris contact téléphoniquement avec le docteur S\_\_\_\_\_ au sujet de la recourante. Ce praticien avait confirmé suivre cette dernière depuis plusieurs mois à raison d'une fois par mois environ et avait attesté de son incapacité de travail actuelle existante depuis de nombreux mois. Il avait relevé que les troubles psychiques étaient présents depuis de nombreuses années et avaient leur fondement dans l'enfance. Il n'avait pu se prononcer sur la nécessité d'une rente de l'assurance-invalidité dans la mesure où il ne pouvait prévoir l'évolution de la capacité de travail d'ici une année. Selon ce médecin, l'assurée présentait un probable trouble de la personnalité de type borderline, un trouble anxieux et un trouble dépressif. Toutefois, il était encore trop tôt pour se prononcer précisément sur l'atteinte à la santé, l'assurée n'étant pas vue dans ce but.
27. Dans une note à l'OCAI du même jour, la doctoresse T\_\_\_\_\_ a résumé son entretien téléphonique avec le docteur S\_\_\_\_\_ et a estimé que l'assurée n'avait pas présenté de péjoration de son état de santé depuis l'expertise du docteur O\_\_\_\_\_. Elle a relevé que ce qui avait été rapporté par le docteur S\_\_\_\_\_ consistait en une appréciation différente de l'atteinte à la santé, mais surtout de la capacité de travail, qui pouvait s'expliquer par les liens de confiance qui unissait la patiente à son médecin traitant. Quant à l'attestation du docteur M\_\_\_\_\_, elle

---

n'apportait aucun élément nouveau permettant de s'écarter de l'expertise du docteur N\_\_\_\_\_. Dans cette mesure, les conclusions du SMR Léman du 4 octobre 2002 et du 20 février 2003 étaient toujours valables.

28. Par préavis du 10 août 2004, l'OCAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il a souligné que, de l'avis du SMR Léman et des expertises effectuées en cours d'instruction, la recourante ne présentait aucune pathologie susceptible d'entraver durablement sa capacité de travail et, partant sa capacité de gain. Les expertises réalisées par les docteurs N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ possédaient une pleine valeur probante, répondant en tout point aux critères de la jurisprudence en la matière. Elles n'avaient pas à être remises en cause par l'appréciation différente émanant du médecin traitant dès lors que son avis était en général plus favorable à l'assurée en raison des liens de confiance qui l'unissait à sa patiente. Par ailleurs, les docteurs M\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_ avaient été contacté par le SMR Léman et ceux-ci ne disposaient d'aucun élément nouveau permettant de remettre en question les expertises.
29. Par réplique du 10 septembre 2004, la recourante a intégralement persisté dans ses conclusions et a relevé qu'elle était suivie par le docteur S\_\_\_\_\_ auprès duquel il fallait s'adresser pour d'éventuels renseignements médicaux. Elle a produit un rapport médical du 28 juillet 2004 établi par les docteurs E\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_ de l'unité de chirurgie de la main des HUG. Ces praticiens avaient diagnostiqué une compression du nerf médian au canal carpien droit ainsi qu'une probable compression du nerf cubital au défilé épitrochléo-olécrânien droit.
30. Appelé à se déterminer le 7 octobre 2004 par le Tribunal de céans sur le cas de la recourante, le docteur S\_\_\_\_\_ du département de psychiatrie adulte des HUG a diagnostiqué le 28 octobre 2004 un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques ainsi qu'une personnalité émotionnellement labile, type impulsif. L'état de santé de l'assurée entraînait une incapacité de travail depuis mai 2003 de 100 % et il s'était péjoré depuis la date de l'expertise réalisée par le docteur O\_\_\_\_\_.
31. Par ordonnance du 14 février 2005, le Tribunal de céans a confié une expertise psychiatrique au Dr V\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
32. Le 9 avril 2005, le Dr V\_\_\_\_\_ a rendu son expertise. Son diagnostic au sens de la CIM-10 est celui de douleurs somatoformes, dépression, anxiété et trouble de la personnalité. Plus précisément, l'expert cite en résumé une dysthymie, un trouble dépressif récurrent, épisode léger à moyen, un trouble anxieux non spécifié et un probable trouble mixte de la personnalité (traits passifs – agressif et borderline).

Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ne pouvait pas être retenu, selon les critères de la CIM-10, en raison de la présence concomitante d'un

trouble dépressif. Le syndrome dépressif était d'intensité moyenne mais la patiente avait présenté depuis le printemps 2003, deux ou trois épisodes dépressifs francs justifiant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen, sans syndrome somatique. Il était probable qu'il existait aussi une dysthymie depuis l'enfance (état sub-dépressif durable). Il existait de longue date des éléments subjectifs et objectifs suggérant l'existence d'une pathologie anxieuse pouvant correspondre à celle d'agoraphobie avec trouble panique. Il était probable qu'il existait chez la patiente une fragilité structurelle de la personnalité mais on ne pouvait considérer ce trouble comme sévère.

Si les troubles psychiques de l'expertisée étaient complexes et chroniques, on ne pouvait pas dire qu'ils étaient sévères, à l'exception peut-être du trouble anxieux. La dysthymie était un état sub-dépressif, en principe non incapacitant. Le trouble dépressif récurrent pouvait entraîner des incapacités de travail temporaires (quelques semaines), partielles ou totales, en cas d'épisode dépressif moyen ou sévère. Ou parfois des incapacités de longue durée lorsque les épisodes dépressifs résistaient au traitement ou laissaient peu d'intervalles libres de dépression. Or ce n'était pas le cas ici. Il persistait vraisemblablement un fond sub-dépressif entre les épisodes, du fait de la dysthymie, mais depuis le début des troubles l'expertisée n'avait jamais réellement présenté d'épisode dépressif sévère durable ou résistant au traitement. Le trouble de la personnalité (présence d'éléments passifs-agressifs et borderline) était un facteur favorisant les crises et aggravant les troubles dépressif et anxieux, mais n'était pas en soi invalidant. Il ne s'agissait d'ailleurs probablement pas d'un trouble sévère puisqu'à ce jour il n'y avait eu qu'une seule crise documentée, celle de 1998, survenue juste avant le mariage imposé à l'expertisée par sa famille. Pour ce qui était du trouble anxieux, qui était probablement le plus limitant des troubles, il était dans l'état actuel difficile de le préciser et par conséquent de le considérer comme invalidant. Pour autant que Mme K\_\_\_\_\_ acceptât de s'investir davantage dans l'exploration de ses troubles et dans leur traitement, il devait être possible de préciser s'il s'agissait d'un état de stress post-traumatique (ESPT), d'une agoraphobie ou encore d'un trouble moins spécifique, et d'appliquer le traitement approprié. A cet égard, le refus de l'expertisée était dommageable, car le Deroxat pourrait être efficace non seulement sur la dépression mais également sur le trouble anxieux. En tenant compte de l'ensemble des troubles psychiques et des limitations cognitives et comportementales que ceux-ci entraînaient, il lui paraissait raisonnable d'estimer la capacité de travail actuelle de Mme K\_\_\_\_\_ à 50 %. Avec un traitement bien suivi et bien investi, la capacité de travail pourrait être portée à 100 %.

Les diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail étaient ceux de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen et trouble anxieux non spécifié. Il y avait eu depuis les rapports des Dr O\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ de mai et juin 2002 l'apparition d'un trouble dépressif récurrent et d'un trouble anxieux non spécifié. Les limitations dues à ces deux troubles concernaient les

capacités cognitives (attention, motivation), physiques (fatigue) et comportementales (capacité d'autonomie).

La capacité de travail actuelle pouvait être estimée à 50 %. Il était difficile de se prononcer rétroactivement sur la capacité de travail, mais sur la base de l'anamnèse et des documents disponibles, il était probable que la capacité de travail de 50 % était déjà présente en juin 2004.

Une activité à 50 % était exigible, de type simple et pratique comme l'avait qualifiée le Dr O\_\_\_\_\_. Vu la longue interruption, il fallait s'attendre à une diminution du rendement de 50 % pendant six mois.

Le pronostic était défavorable pour ce qui était d'une reprise d'activité. Sur la base des troubles objectivement constatés, l'expertisée devrait être capable de travailler au moins à 50 % voire davantage. Il semblait toutefois évident qu'elle-même se considérait comme totalement invalide, et qu'elle attendait que la société le reconnaisse par l'octroi d'une rente AI. De ce fait, il était douteux qu'à l'avenir elle exerce réellement sa capacité de travail théorique. Le refus du traitement médicamenteux devait probablement être interprété comme la peur d'« aller mieux » et de renoncer aux « bénéfices » qu'elle tirait de la situation actuelle.

La capacité de travail pouvait théoriquement être améliorée par un traitement médical, pour autant que l'expertisée acceptât de s'investir activement dans le traitement, ce qu'elle n'avait jamais fait complètement jusqu'à maintenant.

Le traitement comprenait un volet médicamenteux, qui était celui prescrit actuellement (Deroxat et Zyprexa), mais que l'expertisée ne prenait pas régulièrement, et peut-être même pas du tout au vu de son refus de doser le taux sanguin de ses médicaments. Le volet psychothérapeutique comprenait une exposition méthodique aux situations qui provoquaient de l'anxiété. Ce traitement était exigible dans le sens que les traitements antidépresseurs actuels étaient généralement bien supportés, et que notamment les effets indésirables dont se plaignait l'expertisée disparaissent habituellement avec une prise régulière (mais persistaient en cas de prise irrégulière !) Quant au traitement du comportement d'exposition, il se faisait en total accord avec la patiente, et à son rythme. Le traitement indiqué était donc exigible, mais devait obtenir le plein accord de la patiente, comme tout traitement médical.

Pour le trouble anxieux, un traitement d'au moins un an était nécessaire, avec probablement un traitement d'entretien par la suite. Le traitement du trouble dépressif récurrent incluait le traitement des épisodes dépressif et une « psycho-éducation » destinée à prévenir les rechutes. Ce traitement pouvait s'étendre sur plusieurs années, généralement de manière discontinue.

Idéalement on pouvait espérer une capacité de travail de 100 % mais il était douteux que l'expertisée ait la capacité de s'investir réellement dans un traitement dont elle craignait probablement qu'il entraînaît pour elle plus d'inconvénients que d'avantages.

Il n'y avait pas d'indication psychiatrique à un reclassement professionnel.

Enfin l'expertisée était très bien intégrée dans son milieu familial, mais elle n'avait jamais été bien intégrée dans le milieu social extérieur au milieu familial.

33. Le 11 mai 2005, le SMR s'est déterminé sur l'expertise du Dr V\_\_\_\_\_ en relevant que l'expert ne précisait pas la date à laquelle l'état de santé s'était péjoré et ne commentait pas l'expertise précédente ni ne disait pourquoi il s'écartait des diagnostics posés à l'époque et de l'évaluation de la capacité de travail. Le trouble anxieux, seul mentionné comme invalidant, justifiait-il une diminution de la capacité de travail et du rendement ? Que devait-on faire du refus de l'assurée de se traiter ? Après analyse des deux expertises psychiatriques, il fallait retenir que les troubles n'étaient pas invalidants car la dysthymie – qui comprenait certainement le trouble dépressif récurrent d'intensité légère à moyenne – et un trouble anxieux non différencié n'empêchaient pas une activité lucrative.
34. Le 13 mai 2005, l'OCAI a persisté dans ses conclusions en relevant que le Dr V\_\_\_\_\_ n'expliquait pas pourquoi l'incapacité de travail était de 50 % alors qu'il minimisait les répercussions de ses diagnostics. L'aggravation des troubles n'était pas attestée et il y avait d'importants facteurs étrangers à l'invalidité ainsi qu'un refus à se soumettre au traitement adéquat. Enfin, l'expert avait fait état d'importantes discordances entre les données subjectives et objectives en relevant le bénéfice que l'assurée pourrait retirer du statut d'invalidé.
35. La recourante ne s'est pas déterminée.
36. Le 24 mai 2005, le Tribunal de céans a posé des questions complémentaires au Dr V\_\_\_\_\_.
37. Le 30 mai 2005, le Dr V\_\_\_\_\_ a rendu un complément d'expertise.

Le trouble dépressif était documenté depuis mars 2003. Quant au trouble anxieux, il était difficile de le dater mais il existait des attaques de panique dès le printemps 2002 et vraisemblablement plus tôt. Les répercussions fonctionnelles de la dépression et de l'anxiété étaient dues aux manifestations cognitives et comportementales de ces troubles. Celles-ci étaient en bonne partie les mêmes pour l'anxiété et pour la dépression : fatigue physique et mentale, difficulté de concentration et de mémoire, résistance diminuée aux stress quotidiens, comportement d'évitement, tout cela aboutissant à diminuer l'endurance à l'effort et la capacité d'assumer les exigences d'un travail régulier.

L'expression « difficile à considérer comme invalidant » relative au trouble anxieux manquait de clarté. Elle traduisait l'incertitude qui entourait le diagnostic. Il avait estimé impossible de retenir le diagnostic de trouble anxieux spécifique et il s'était rabattu sur le trouble anxieux non spécifié, diagnostic d'attente, faute d'informations plus précises. Le trouble anxieux bien présent motivait une incapacité actuelle de 50 % sur la base des limitations susmentionnées.

Poser un diagnostic psychiatrique consistait à découper la réalité psychique en segments distincts, selon une grille de lecture servant à comprendre et à traiter les troubles psychiques, et non à évaluer la capacité de travail. L'appréciation de celle-ci se basait en partie sur le diagnostic mais aussi sur d'autres données. Lorsqu'un patient souffrait de plusieurs affections, il arrivait parfois que le tout représente davantage que la somme des parties. Dans le cas de l'assurée, c'était le trouble anxieux qui limitait le plus la capacité de travail actuelle. Cependant la présence des autres problèmes psychiques, qui étaient nombreux et durables (dépression chronique et récurrente, fragilité de la personnalité, léger retard mental) majore un peu les limitations strictement imputables au trouble anxieux. Voilà pour la motivation d'un taux d'incapacité de travail actuelle de 50 %.

La notion d'invalidité reposait sur l'existence d'une incapacité permanente ou en tous cas durable. Elle se référait donc au pronostic. Or en l'absence de diagnostic plus précis du trouble anxieux, il lui semblait aléatoire d'évaluer le pronostic, et par conséquent de se prononcer sur le caractère durablement incapacitant des troubles. A titre indicatif, l'anxiété généralisée et l'ESPT étaient rarement invalidants, alors que les formes sévères de l'agoraphobie peuvent l'être totalement. En d'autres termes, il n'avait guère de doute quant à l'existence d'un trouble anxieux sérieux, même si la nature exacte du trouble restait à préciser. En revanche, en raison de l'impossibilité de formuler un pronostic fondé sur un diagnostic précis, il avait jugé hasardeux de considérer, en l'état, le trouble anxieux comme invalidant. Dans son appréciation du pronostic il donnait une « fourchette » d'incapacité médico-théorique durable allant de 0 à 50 %, le pronostic dépendant non seulement du diagnostic mais aussi de la mise en place d'un traitement approprié et de l'engagement de la patiente dans le processus thérapeutique, engagement qui était loin d'être acquis à l'heure actuelle. Dans ces conditions, vu l'importance de l'enjeu aussi bien pour l'assureur que pour l'assuré, il proposait de procéder à une réévaluation dans un délai de 18 mois. Ce délai devrait permettre de récolter des informations supplémentaires sur l'état clinique, à travers l'évolution des troubles d'ici-là et les observations du psychiatre traitant.

A son avis, l'état clinique de l'assurée s'était aggravé depuis l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_, avec l'apparition ou la confirmation d'une symptomatologie dépressive, déjà constatée par le Dr O\_\_\_\_\_, mais dont celui-ci estimait, probablement avec raison, qu'elle n'atteignait alors pas le seuil clinique.

Il était possible qu'en mai 2002, lorsque le Dr O\_\_\_\_\_ avait examiné l'assurée, le trouble anxieux, bien que probablement déjà présent depuis longtemps sur la base des éléments rappelés plus haut, n'ait pas eu l'ampleur qu'il a pris aujourd'hui. On savait en effet que les troubles anxieux non traités avaient une tendance naturelle à s'amplifier (contrairement à la dépression, par exemple).

Il n'avait pas indiqué avec suffisamment de clarté que le diagnostic de trouble anxieux non spécifié était un diagnostic d'attente. Il ne signifiait en aucun cas que l'assurée souffrirait d'un trouble anxieux léger, comme semblaient l'avoir compris les médecins du SMR AI, qui évoquaient dans leur rapport un trouble anxieux non différencié. Enfin, les médecins du SMR AI semblaient méconnaître le système diagnostique CIM-10 lorsqu'ils écrivaient que l'assurée présentait une dysthymie, qui comprenait certainement le trouble dépressif récurrent d'intensité légère à moyenne et un trouble anxieux non différencié qui n'empêchaient pas une activité lucrative. En réalité, les divers diagnostics qu'il énonçait sont bel et bien distincts, et ils se cumulaient chez l'assurée, ce qui concourait à donner un certain degré de sévérité à l'ensemble. La dysthymie (F34.1) et le trouble dépressif récurrent (F33.1) étaient deux types différents de dépression, qui pouvaient être associés comme c'était le cas chez l'assurée. Quant au diagnostic de trouble anxieux non spécifié ou sans précision (F41.9), il s'agissait évidemment d'une pathologie d'une autre nature que les troubles dépressifs, auxquels elle s'ajoutait chez l'expertisée.

38. Le 10 juin 2005, le SMR s'est déterminé sur le complément d'expertise du Dr V\_\_\_\_\_. Compte tenu du diagnostic incertain, il s'agissait soit d'une situation non stabilisée, soit d'une affection psychique pas assez importante pour justifier une incapacité de travail. Il était fait mention uniquement d'un épisode de panique. Le trouble anxieux n'était pas d'une gravité et d'une durée suffisante pour être invalidant. Quant au trouble dépressif retenu de longue date par l'expert, il s'agissait d'une dysthymie, non invalidante.
39. Le 20 juin 2005, l'OCAI a persisté dans ses conclusions en relevant que le Dr V\_\_\_\_\_ ne s'était pas prononcé sur l'exigibilité d'un traitement, et qu'il existait des facteurs étrangers à l'invalidité.

### **EN DROIT**

1. Par ordonnance du 25 septembre 2004, le Tribunal de céans s'est déclaré compétent pour juger du cas d'espèce et à déclaré le recours recevable.
2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où

---

les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures introduites après le 1er janvier 2003 devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

Sur le fond, le Tribunal de céans relève que, la décision litigieuse ayant été rendue en date du 7 juin 2004 mais statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à fin 2002, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LAI et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur. Enfin, s'agissant des modifications de la LAI du 21 mars 2003, entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, elles seront citées dans la mesure de leur pertinence.

3. L'art. 4 al. 1 LAI stipule que l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumé permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

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, 4<sup>ème</sup> édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2<sup>ème</sup> 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise (judiciaire) le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise 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).

En effet, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

Meine souligne que l'expertise doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (Meine, *L'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles ?* in RSA 1999 p. 37 ss). Dans le même sens, Bühler expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas

---

trancher des points de droit (Bühler, Erwartungen des Richters an den Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567 ss). S'agissant de la valeur probante d'un rapport médical il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 123 V 351).

4. a) 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, 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).

b) En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances, dans un arrêt B. du 5 octobre 2001 (ATF 127 V 294), a précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Dans chaque cas d'invalidité, il doit y avoir un diagnostic médical pertinent d'après lequel, à dire de spécialiste, la capacité de travail (et de gain) est diminuée de manière importante. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels sont au premier plan dans 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 qu'il y a diminution de la capacité de travail et que celle-ci a sa source dans des facteurs socioculturels, mais encore faut-il qu'il prenne en compte le diagnostic médical sur le plan psychiatrique, par exemple qu'il fasse clairement la différence entre l'humeur dépressive dont se plaint l'assuré et l'état dépressif au sens médical ou qui lui est assimilable. Si le diagnostic médical retient une atteinte à la santé psychique entraînant une diminution de la capacité de travail (et de gain), les facteurs socioculturels sont relégués à l'arrière-plan. Tel n'est pas le cas, en revanche, quand l'expert admet que le diagnostic médical ne suffit pas pour expliquer l'incapacité de travail, imputable essentiellement aux difficultés psychosociales ou socioculturelles

---

de l'assuré (VSI 2000 p. 155 consid. 3 ; arrêt du TFA du 9 novembre 2001, cause I 27/01).

5. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (ATF 123 V 96 consid. 4c, 113 V 28 consid. a; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG] ad art. 28 LAI, p. 221). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage (ATF 113 V 28 consid. 4a et les références) et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (arrêt du TFA du 9 mai 2005, cause I 53/05). Ainsi, constitue également un principe essentiel du droit des assurances le fait que l'assuré doive se soumettre à une mesure thérapeutique apte à réduire le dommage assuré (telle une opération de nature à rendre utile la poursuite d'un traitement ambulatoire ou à permettre une reprise de l'activité lucrative (ATF 105 V 178).
6. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins.

Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, l'art. 28 LAI a la teneur suivante : l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1; ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b).

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). L'art. 29 al. 1 LAI en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2003 a la même teneur.

7. En l'espèce, le Tribunal de céans a jugé dans son ordonnance d'expertise du 14 février 2005 qu'une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise psychiatrique confiée au Dr V\_\_\_\_\_ s'avérait nécessaire, dès lors qu'il apparaissait vraisemblable que la recourante avait vu son état s'aggraver depuis mai 2002, soit antérieurement à la décision litigieuse et postérieurement à l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_. Le Dr V\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise ainsi que son complément le 9 avril et le 30 mai 2005.

S'agissant de la valeur probante de l'expertise du Dr V\_\_\_\_\_, il convient de relever qu'elle est fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets (la recourante ayant été examinée par l'expert à trois reprises, dont une en présence de son époux, l'expert s'étant par ailleurs entretenu avec le médecin-traitant), qu'elle prend en compte les plaintes exprimées par la recourante, qu'elle a été établie en pleine connaissance du dossier (cf. chapitres 2 de l'expertise) et que la description de l'histoire médicale est claire. Concernant la motivation des conclusions de l'expert, si le rapport d'expertise du 9 avril 2005 n'était pas clair en ce sens que l'incapacité de travail de 50 % n'était pas motivée de façon cohérente, force est d'admettre que, dans le complément d'expertise du 30 mai 2005, l'expert a pallié ce défaut en expliquant de façon convaincante que l'état de santé de la recourante s'était aggravé depuis mars 2003, par l'apparition d'un trouble dépressif récurrent (épisodes dépressifs francs dès le printemps 2003) et l'aggravation d'un trouble anxieux (présent de longue date) entraînant de la fatigue physique et mentale, des difficultés de concentration et de mémoire, une résistance diminuée aux stress quotidiens et un comportement d'évitement, ayant pour conséquence une limitation de la capacité de travail à 50 %.

En particulier, l'expert a expliqué que le terme « difficile à considérer comme invalidant » lequel qualifiait dans l'expertise le trouble anxieux, manquait de clarté. Le trouble anxieux, même s'il n'était pas possible de le spécifier, motivait l'incapacité partielle de travail. En outre la présence des autres problèmes psychiques (dépression chronique et récurrente, fragilité de la personnalité, léger retard mental) majorait les limitations imputables au trouble anxieux. Il existait de façon certaine un trouble anxieux sérieux mais le pronostic à long terme n'était pas possible car la maladie pouvait évoluer par la mise en place d'un traitement approprié. Il ne s'agissait en tous les cas pas d'un trouble anxieux non différencié, soit un trouble léger. Les diagnostics énoncés étaient distincts et se cumulaient, ce qui donnait un certain degré de sévérité à l'ensemble.

Au vu de ce qui précède, il convient de constater que l'expertise du Dr V\_\_\_\_\_ revêt force probante, au sens de la jurisprudence précitée.

8. a) L'expert conclut à une capacité de travail de 50 % dans une activité simple et pratique depuis mars 2003, date de l'aggravation de l'état de santé de l'intéressée. En principe, la recourante, qui a subi une incapacité de travail de 50 % depuis mars 2003 en raison d'un état psychique malade, rempli, dès mars 2004, soit antérieurement à la décision sur opposition datée du 7 juin 2004, la condition de l'ouverture du droit à la rente (art. 29 al. 1 let. a LAI). Cependant, se pose la question de la soumission de la recourante au traitement prescrit (let. b) ainsi que de l'influence éventuelle des facteurs psychosociaux et socioculturels (let. c).

b) Dès lors que dans le domaine des assurances sociales l'assuré doit se soumettre à une mesure thérapeutique apte à réduire le dommage, il y a lieu d'admettre que le traitement décrit par l'expert et qualifié d'exigible, s'il est suivi correctement, devrait permettre à l'intéressée de retrouver une capacité de travail entière. Ainsi, depuis la date de l'expertise, soit avril 2005, l'on peut exiger de l'assurée que, dûment informée sur le traitement adéquat - lequel, en plus des médicaments déjà prescrits comprend un volet psychothérapeutique, (exposition méthodique aux situations qui provoquent de l'anxiété) - elle se soumette à celui-ci afin d'améliorer son état de santé et, par là-même, sa capacité de travail. Selon l'expert, un traitement régulièrement suivi durant une année est apte à améliorer le trouble anxieux, principale cause de l'incapacité de travail, de telle façon que celle-ci disparaisse. Par ailleurs, antérieurement à l'expertise, il ne ressort pas du dossier que l'assurée aurait refusé totalement de se soumettre à tout traitement, notamment prescrit par le Dr M\_\_\_\_\_, lequel atteste le 28 août 2003 de la présence d'une dépression justifiant un traitement d'antidépresseurs, puis prescrit par le Dr S\_\_\_\_\_ lequel a fait état le 28 octobre 2004 d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. Même si, selon les termes de l'expertise, la collaboration au traitement est variable, l'on ne saurait reprocher à l'assurée un refus de mesure thérapeutique entraînant un refus de prestations sociales. Par ailleurs, le volet psychothérapeutique décrit par l'expert et de nature à diminuer le trouble anxieux, principalement invalidant, n'a été proposé à l'assurée, selon les pièces au dossier, qu'à l'occasion de l'expertise du Dr V\_\_\_\_\_. On ne saurait en conséquence lui reprocher de ne pas l'avoir suivi plus tôt.

c) S'agissant de l'influence des facteurs psychosociaux et socioculturels, il n'y a pas lieu de retenir qu'ils jouent un rôle de premier plan dans la survenance de l'incapacité de travail dès lors que l'expert estime que celle-ci est uniquement la conséquence des manifestations cognitives et comportementales de la dépression et de l'anxiété. Ainsi, le diagnostic médical de l'expert suffit pour expliquer l'incapacité de travail de 50 % de la recourante depuis mars 2003.

9. Au vu de ce qui précède, la recourante est en incapacité de travail de 50 % justifiée depuis mars 2003. Cette incapacité devrait cependant disparaître – moyennant un suivi régulier durant une année du traitement prescrit – dès avril 2006, soit une année après la date de l'expertise du Dr V\_\_\_\_\_. Ainsi, au-delà de mars 2006, la recourante devrait, selon l'expert, retrouver une capacité de travail entière.

La recourante n'ayant exercé qu'un emploi de quelques mois comme vendeuse (Vet'Shop – Genève), il y a lieu de se référer aux données statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires tant pour le gain sans invalidité que pour le gain avec invalidité. Le revenu pour une activité simple et pratique réalisable tant avant qu'après l'invalidité étant identique, le degré d'invalidité peut être arrêté à 50 %, sans qu'il ne soit nécessaire de se référer aux salaires chiffrés. Un degré d'invalidité de 50 % donne droit, selon l'art. 28 LAI entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 à une demi-rente d'invalidité.

En conséquence, la recourante a droit à une demi-rente depuis mars 2004. Il incombera cependant à l'OCAI de revoir le droit à la rente, au besoin par le biais d'une instruction complémentaire sous la forme d'un rapport d'expertise du Dr V\_\_\_\_\_, dans un délai de deux ans dès le début du droit.

10. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, au sens des considérants.

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

**Statuant conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision sur opposition du 7 juin 2004.
4. Dit que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2004.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :

Nancy BISIN

La Présidente :

Valérie MONTANI

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