

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1358/2008

ATAS/914/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**8<sup>ème</sup> chambre**

**du 7 septembre 2010**

En la cause

Madame K\_\_\_\_\_ domiciliée au Petit-Lancy, mais comparant par      Recourante  
Me Jean-Luc MARSANO, avocat en l'étude duquel elle élit domicile

Contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de      Intimé  
Lyon 97, 1203 Genève

**Siégeant : Georges ZUFFEREY, Président suppléant, Teresa SOARES et Luis ARIAS,  
Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Madame K\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1965 en Bosnie, a été victime d'un viol alors qu'elle était âgée de 15 ans.
2. En raison de la guerre en Bosnie, l'assurée a quitté son pays en 1992 pour se rendre en Allemagne.
3. La recourante s'est mariée, en Bosnie, avec un ressortissant serbe et de cette union est né, en 1992, un garçon.
4. Lors du séjour en Bosnie, le fils de la recourante a fait l'objet d'une agression et la famille a vécu un cauchemar en raison de la guerre.
5. En 1998, en raison du conflit qui a secoué la Bosnie-Herzégovine, l'assurée est venue, avec sa famille, en Suisse en demandant l'asile politique.
6. En arrivant en Suisse, le médecin a constaté les lésions à la tête du fils de la recourante qui ne peut de ce fait pas suivre une scolarité normale.
7. Compte tenu de sa situation, la recourante qui a de la peine à s'exprimer en français, n'est pas en mesure de s'occuper de son fils qui est pris en charge par son mari avec un assistant social et un éducateur.
8. La famille K\_\_\_\_\_ vit avec les revenus de Monsieur K\_\_\_\_\_ et les allocations familiales.
9. La recourante n'est pas en mesure d'effectuer les travaux ménagers qui sont réalisés par son mari ainsi que les repas, avec l'aide d'une femme de ménage.
10. Mise en arrêt maladie par son médecin traitant, le 4 novembre 2004, l'assurée a perçu des indemnités perte de gain, versées par SWICA Organisation de santé. Une tentative de reprise de travail a été effectuée, dès le mois de décembre 2004. Sur la base des informations de SWICA Organisation, cette dernière a octroyé à la recourante « des prestations d'indemnité perte de gain :
  - du 04.11.04 au 14.12.04 sur la base d'un taux d'incapacité attesté de 100% ;
  - du 15.12.04 au 03.01.05 sur la base d'un taux d'incapacité attesté de 50%,
  - du 04.01.05 au 30.09.05 sur la base d'un taux d'incapacité attesté de 75% ;
  - du 01.10.05 à ce jour sur la base d'un taux d'incapacité attesté de 100%.
11. Le 25 avril 2005, le Dr. A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH médecine interne rhumatologie, a déclaré que la recourante souffrait de fibromyalgie, d'un état anxio-dépressif et d'un status après traitement d'un cancer du col de l'utérus. Le Dr. A\_\_\_\_\_ a en outre confirmé l'existence d'une co-morbidité psychiatrique importante.

- 
12. A la demande d'expertise formulée par la SWICA Organisation de santé, le Dr. B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a confirmé, le 17 juin 2005, le diagnostic suivant :
    - Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen.
    - Syndrome douloureux somatoforme chronique persistant.
    - Trouble de la personnalité après une expérience de catastrophe.
  13. Le Dr. B\_\_\_\_\_ relève également, à l'occasion de cette même expertise, que le fonctionnement de la recourante se traduit par une dépression chronique associée à un trouble somatoforme douloureux chronique persistant et par une dégradation de ses relations interpersonnelles, sociales et professionnelles. Il précise encore que le pronostic est très réservé vu la capacité d'élaboration quasi nulle de l'assurée et sa grave pathologie psychiatrique. Le Dr. B\_\_\_\_\_ constate enfin que d'une part la capacité de travail dans l'emploi de femme de chambre est de 0% et probablement de manière définitive et d'autre part, dans une activité adaptée, l'assurée est incapable de travailler dans n'importe quel domaine d'activité vu ses troubles psychiques.
  14. Le 14 novembre 2005, l'assurée a déposé une demande de prestations pour adulte auprès de l'ASSURANCE INVALIDITE.
  15. Le 12 décembre 2005, les HUG, soit les Dresses C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ ont posé, sur la recourante le diagnostic suivant :
    - Etat dépressif moyen avec syndrome somatique
    - Trouble panique avec agoraphobie
    - Etat de stress post-traumatique chronique
    - Cervico-dorsalgies chroniques et douleurs articulaires multiples depuis environ 2003
    - Incontinence urinaire type urge d'étiologie post-opératoire en 2000 (kyste de l'ouraque opéré en 2000)
  16. Les HUG ont confirmé que la recourante souffrait d'une incapacité de travail à 100% depuis janvier 2005 en précisant que le pronostic concernant la recourante restait extrêmement sombre et qu'une « reprise d'activité professionnelle paraît incompatible avec l'état actuel de patiente et ceci, dans un proche et moyen terme ».
  17. Le 14 novembre 2007, la recourante a subi un examen rhumatologique et psychiatrique mené par la SERVICE MEDICAL REGIONAL de l'AI (ci-après le SMR). Le rapport d'examen du 11 janvier 2008, signé par le Dr. E\_\_\_\_\_ conclut « l'assurée ne souffre d'aucune maladie somatique ou psychiatrique incapacitante, la capacité de travail est et a toujours été entière »
  18. Sur la base de ce rapport, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE (ci-après l'OAI) a, par décision du 5 mars 2008, rejeté la demande de l'assurée en précisant « il ressort de l'avis de notre service médical, qui s'est appuyé sur l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique ainsi que toutes les pièces médicales versées

---

au dossier, que les atteintes dont vous souffrez ne sont pas invalidantes et par conséquent votre capacité de travail est totale dans toute activité ».

19. Le 18 avril 2008, Madame K\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision en produisant notamment un certificat médical du Dr. F\_\_\_\_\_, médecin psychiatre, établissant le même diagnostic que le Dr. B\_\_\_\_\_, à savoir une incapacité totale de travailler dans toutes activités et en concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire sur le terrain psychiatrique menée en serbo-croate.
20. Interrogé par le Tribunal de céans, dans le cadre des enquêtes, le Dr. F\_\_\_\_\_ qui suit la recourante depuis l'an 2000, relève que, sur la plan psychiatrique, elle avait déjà en 2000 et a toujours des troubles d'anxiété importants, notamment l'agoraphobie ou des attaques de panique sur le lieu de travail et également un état dépressif. Le Dr. F\_\_\_\_\_ estime que les caractéristiques culturelles de la recourante qui semble avoir eu une grande importance, n'ont pas été prises en compte lors des entretiens avec le SMR. Il précise encore qu'il conviendrait, dans l'appréciation de la situation de la recourante, d'intégrer également le contexte psycho-social de ses origines.
21. En raison des doutes émis par la recourante sur la valeur probante des conclusions des rapports du SMR et des explications convaincantes du Dr. F\_\_\_\_\_ a, le Tribunal de céans a ordonné une expertise pluridisciplinaire et a désigné, à cet effet, le Dr. G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne – rhumatologie, et le Dr. H\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie.
22. En date du 30 octobre 2010, le Dr. G\_\_\_\_\_ qui a rendu son rapport, relève notamment « Actuellement, l'examen clinique est peu relevant hormis une légère diminution de la mobilité de l'épaule droite de 80 degrés due aux douleurs, et une mobilité cervicale et lombaire également légèrement diminuées. On note également un important déconditionnement musculaire. Tous les points fibromyalgie sont positifs.

En conclusion, Mme K\_\_\_\_\_ se plaint de douleurs chroniques depuis six ans, sans éléments objectifs, ni clinique, ni radiologique, et rentrant dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique.

Du point de vue fonctionnel, il n'y a pas de limitation objective et hormis les douleurs de l'épaule droite et du rachis l'empêchant d'effectuer des travaux lourds ou de porter de lourdes charges de manière répétée, elle peut effectuer toute activité relativement légère.

L'activité de femme de chambre n'est plus possible (mouvements répétés, ports répétés de lourdes charges...) mais une activité de nettoyeuse ou toute autre activité plus légère sans autre limitation que celles mentionnées ci-dessus, est possible.

Dece fait, sa capacité de travail est entière sur le plan rhumatologique. »

Le Dr. G\_\_\_\_\_ relève encore que du point de vue rhumatologique, le pronostic concernant une reprise d'activité professionnelle est conditionné principalement par l'état psychique de la recourante.

---

23. Dans son rapport du 18 décembre 2009, le Dr. H\_\_\_\_\_ relève les diagnostics psychiatriques (selon CIM-10) suivants :

- Trouble dépressif chronique de type mélancolique (F 38.8)
- Agoraphobie avec trouble panique (F 40.01)
- Etat de stress post-traumatique avec une réaction dépressive prolongée (F 43.21)

Le Dr. H\_\_\_\_\_ relève, dans son rapport, que « Madame K\_\_\_\_\_ n'est pas envahie de manière incessante par des scènes de guerre, et étant donné qu'elle n'a pas subi directement de perte importante ni d'une menace sur sa vie ou celle de ses proches, les conséquences de la guerre civile en Bosnie ne sont pas considérées comme les symptômes d'un diagnostic de stress post-traumatique... L'anxiété est quasiment constante, allant jusqu'aux débuts de l'attaque de panique avec un évitement de se retrouver dans la foule, représente de toute évidence le critère diagnostique d'une agoraphobie avec trouble panique... Le trouble dépressif marqué par le manque de plaisir et d'intérêt pour le monde (elle ne réagit presque pas à l'annonce de séparation avec son mari), un sentiment de culpabilité et d'anéantissement, des troubles du sommeil, de fatigue et fatigabilité, un désir de mort et même des passages à l'acte suicidaire par le passé, permettent de définir le trouble dépressif de Madame K\_\_\_\_\_ comme chronique et grave. Concernant le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, sur le plan formel lors de l'apparition de douleurs chroniques au cours d'un trouble dépressif suffisamment sévère, ce diagnostic n'est pas possible. Selon CIM-10, les douleurs chroniques de grande ampleur et d'une intensité incessante, peu réponsives au traitement appliqué, peuvent être considérées comme la partie de la symptomatologie somatique du trouble dépressif. Leur base organique ou l'absence d'origine organique sera davantage défini dans l'expertise somatique.

En raison d'une polyopathie psychiatrique (trouble dépressif mélancolique, agoraphobie avec attaque de panique et syndrome de stress post-traumatique avec réaction dépressive prolongée), l'incapacité de travail de Madame K\_\_\_\_\_ est totale et cela de façon durable. Les traitements psychiatriques et psychothérapeutiques appliqués jusqu'à présent n'ont jamais permis une amélioration clinique significative, ce qui permet de prédire une évolution négative, chronique et sans espoir d'une issue plus favorable.

Je partage entièrement l'avis du Dr. F\_\_\_\_\_ qui considère que les influences culturelles, familiales et sociales de l'expertisée n'ont pas été prises en compte dans l'évaluation du SMR

Concernant les ressources psychiques résiduelles de Madame K\_\_\_\_\_, celles-ci semblent être non-existantes. L'expertisée est une femme qui a démissionné de la vie, sans intérêt ni projet pour l'avenir. Son seul lien avec la vie est son fils handicapé dont elle n'est cependant pas capable de s'occuper valablement. Le fonctionnement au quotidien de son fils est assumé jusqu'à présent par l'assistance ou l'action d'autres personnes, son mari (devenu entre-temps son ex-mari) quelques rares membres de la famille ou de l'aide sociale.

En conclusion, en raison d'un trouble de la santé mentale complexe et durable, la capacité de travail de Madame K\_\_\_\_\_ est nulle et cela probablement de manière définitive. »

Faisant état de troubles psychiques préexistants, aggravés par les événements de la guerre en Bosnie Herzégovine et confirmant que la recourante n'a plus aucune capacité de travail en raison de son atteinte de la santé mentale, le Dr. H\_\_\_\_\_ relève encore d'une part que les événements vécus dans le cadre de la guerre en Bosnie-Herzégovine ont une influence sur l'état de santé de façon probable et d'autre part que la capacité de travail ne peut être améliorée aussi bien par des mesures médicales que d'ordre professionnel.

24. Invité à se prononcer sur les rapports d'expertise, le SMR relève que, sur le plan rhumatologique, la capacité de travail est entière. Toutefois, le SMR précise qu'actuellement, il y a la problématique de l'épaule, raison pour laquelle il y a lieu d'admettre que l'activité de femme de ménage n'est plus possible mais l'expert ne se prononce pas depuis quand il y a une incapacité de travail dans l'activité habituelle de femme de chambre. Sur le plan psychiatrique, le SMR relève que les aspects culturels, familiaux et sociaux ne sont pas pris en compte par l'assurance invalidité dans l'appréciation puisqu'il est nécessaire d'avoir une atteinte à la santé mentale, psychique ou somatique objective pour influencer de manière durable la capacité de travail. Ces aspects culturels, familiaux et sociaux ne sont jamais pris en compte. En considérant ces remarques, l'OAI confirme ses conclusions tendant au rejet du recours.
25. Pour sa part, la recourante insiste sur le fait que le pronostic est extrêmement réservé et qu'il n'y a pas d'améliorations à attendre s'agissant de sa capacité de travail. Elle rappelle au Tribunal qu'outre l'expert et le Dr. F\_\_\_\_\_, le Dr. B\_\_\_\_\_ avait estimé déjà en juin 2005 que la recourante présentait des troubles à sa santé mentale irréversibles et que sa capacité de gain était nulle. Au sujet de l'expertise du Dr. G\_\_\_\_\_, la recourante précise que ce médecin met en évidence qu'une reprise d'activité professionnelle est conditionnée principalement par son état psychique.

Au vu des expertises, la recourante persiste dans les conclusions de son recours.

---

## EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).
2. La compétence du tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
4. Est litigieuse la question de savoir si les troubles présentés par la recourante aussi bien somatiques que psychiatriques constituent une invalidité au sens de l'AI engendrant une incapacité de gain.
5. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).
6. Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 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). Aussi, n'existe-t-il pas en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5 let. a).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le

---

juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b et les références).

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)

7. S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).
8. En ce qui concerne les aspects familiaux, culturels et sociaux, le Tribunal fédéral a précisé que, selon la jurisprudence, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a p. 299 sv).

Dans un arrêt du 21 août 2007 (I 797/06), le Tribunal fédéral en encore précisé, à ce sujet, que s'il apparaît que des facteurs psychosociaux ou socioculturels peuvent avoir une influence sur la capacité de travail d'un assuré, il ne demeure pas moins que seule l'existence d'une atteinte à la santé psychique équivalant à une maladie revêt une importance décisive lors de l'évaluation médicale de cette capacité.

9. En l'occurrence se trouvent notamment au dossier, une expertise du 25 avril 2005 effectué par le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH médecine interne rhumatologie, à la demande de l'assureur maladie, un rapport d'expertise établi par le Dr. Jacques

---

B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, adressé, le 17 juin 2005, à l'assurance-maladie de la recourante, un rapport médical établi, le 12 décembre 2005, à l'attention de l'OAI, par la Dresse C \_\_\_\_\_ et la Dresse D \_\_\_\_\_, département de médecine communautaire des HUG, un rapport d'examen bi-disciplinaire réalisé par le Dr. I \_\_\_\_\_ et le Dr. J \_\_\_\_\_, médecins du SMR, des rapports du Dr. Davor F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et enfin des rapports d'expertise du Dr. G \_\_\_\_\_ et du Dr. H \_\_\_\_\_.

10. Dans son rapport du 25 avril 2005, le Dr. A \_\_\_\_\_ constate les diagnostics de fibromyalgie et d'état anxio-dépressif et conclut au fait que, dans son emploi, du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de la recourante est de 50% avec un rendement de 80%, en relevant qu'il existe une co-morbidité psychiatrique importante qui explique la cause de l'arrêt de travail.

Le Dr. B \_\_\_\_\_ a posé, suite à une anamnèse et en prenant en compte les plaintes de l'expertisée, les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, syndrome douloureux somatoforme chronique persistant et trouble de la personnalité après une expérience de catastrophe. Ce médecin qui relève que le fonctionnement de la recourante se traduit par une dépression chronique associée à un trouble somatoforme douloureux chronique persistant et par une dégradation de ses relations interpersonnelles, sociales et professionnelles, conclut à une capacité de travail dans l'emploi de femme de chambre de 0% et probablement de manière définitive. Il précise encore que l'assurée est incapable de travailler dans n'importe quel domaine d'activité vu ses troubles psychiques.

Dans leur rapport du 12 décembre 2005, les Dresses C \_\_\_\_\_ et D \_\_\_\_\_ répondent que l'état de santé de l'assurée est stationnaire, que la capacité de travail ne peut-être améliorée par des mesures médicales et que des mesures professionnelles ne sont pas indiquées. Au sujet du pronostic, ces médecins précisent que, malgré le suivi psychothérapeutique et le traitement médicamenteux, le pronostic reste extrêmement sombre. Une reprise d'activité professionnelle paraît incompatible avec l'état actuel de la recourante et ceci, dans un proche et moyen terme.

Il sied également de rappeler le contenu du rapport d'examen du 11 janvier 2008, signé par le Dr. E \_\_\_\_\_ qui conclut « l'assurée ne souffre d'aucune maladie somatique ou psychiatrique incapacitante, la capacité de travail est et a toujours été entière » conclusions qui sont retenues par le SMR, dans son avis médical du 27 janvier 2010, à la suite des expertises et qui aboutissent au rejet du recours par l'OAI.

11. Entendu en audience d'enquête, le Dr. F \_\_\_\_\_ précise que sur le plan psychiatrique, la recourante avait déjà en 2000 et a toujours des troubles d'anxiété importants, notamment l'agoraphobie ou des attaques de panique sur le lieu de travail et également un état dépressif. Ce médecin qui insiste sur la prise en compte des caractéristiques culturelles, précise encore que les troubles anxieux sont évolutifs et aboutissent, en ce qui concerne la recourante, à une dégradation progressive.

- 
12. Le rapport d'expertise du Dr. G\_\_\_\_\_ conclut au fait que du point de vue rhumatologique, dans une activité relativement légère respectant les quelques limitations (travaux lourds et ports de lourdes charges de manière répétée) la capacité de travail de la recourante est entière. Ce médecin précise encore que du point de vue rhumatologique, le pronostic concernant une reprise d'activité professionnelle est conditionné principalement par son état psychique.
13. A l'occasion de son expertise, le Dr H\_\_\_\_\_ qui a eu deux entretiens avec la recourante ainsi qu'avec le médecin psychiatre traitant actuel, le Dr. L\_\_\_\_\_, a relevé que, en raison d'une polypathologie psychiatrique (trouble dépressif mélancolique, agoraphobie avec attaque de panique et syndrome de stress post-traumatique avec réaction dépressive prolongée), l'incapacité de travail de Madame K\_\_\_\_\_ est totale et cela de façon durable. Les traitements psychiatriques et psychothérapeutiques appliqués jusqu'à présent n'ont jamais permis une amélioration clinique significative, ce qui permet de prédire une évolution négative, chronique et sans espoir d'une issue plus favorable.

Concernant les ressources psychiques résiduelles de Madame K\_\_\_\_\_, celles-ci semblent être non-existantes. Confirmant que la recourante n'a plus aucune capacité de travail en raison de son atteinte de la santé mentale, le Dr. H\_\_\_\_\_ relève encore que les événements vécus dans le cadre de la guerre en Bosnie-Herzégovine ont une influence sur l'état de santé de façon probable en constatant toutefois que les scènes de guerre n'ont pas envahie la recourante de manière incessante.

Le Dr. H\_\_\_\_\_ conclut, en raison d'un trouble de la santé mentale complexe et durable, que la capacité de travail de Madame K\_\_\_\_\_ est nulle et cela probablement de manière définitive.

Enfin le Dr. H\_\_\_\_\_, en particulier, a posé une anamnèse détaillée; elle a pris en compte les plaintes de l'expertisée, a procédé à deux consultations du médecin psychiatre traitant, a posé des diagnostics, s'est livré à une appréciation détaillée et a répondu de manière claire et circonstanciée aux questions qui lui étaient posées, notamment s'agissant des diagnostics et de la capacité de travail.

Enfin, ses conclusions sont motivées et dépourvues de contradiction. Partant, cette expertise répond à tous les réquisits pour lui voir attribuer pleine valeur probante.

14. Selon l'art. 29 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). Conformément à l'art. 29 al. 2 LAI, la rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré. En vertu de l'art. 29 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations

conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré. Toutefois, cette réglementation n'est pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1er janvier 2008, ce qui est le cas en l'espèce.

En l'occurrence, la recourante est en incapacité de travail depuis le 4 novembre 2004 avec une tentative, sans succès, de reprise à temps partiel entre le mois de décembre 2004 et le mois d'octobre 2005. Considérant d'une part que la recourante était en incapacité de gain de 40% au moins depuis le 4 novembre 2004 et d'autre part le délai d'attente d'une année, la rente devra être allouée dès le 4 novembre 2005.

15. Eu égard aux considérations qui précèdent et, en particulier, aux conclusions des expertises des Drs. B\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ et considérant que les aspects familiaux, culturels et sociaux n'apparaissent pas au premier plan mais que les troubles psychiques constituent des atteintes invalidantes, le recours doit donc être admis en ce sens que la recourante a droit à une rente entière dès le 4 novembre 2005. La décision du 5 mars 2008 doit donc être annulée.

L'intimé, qui succombe, supportera les frais de justice fixés à 200 fr. et versera une indemnité de dépens de 1'500 fr. à la recourante.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable

**Au fond :**

2. L'admet au sens des considérants
3. Annule la décision du 5 mars 2008
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière dès le 4 novembre 2005.
5. Met un émolument de 200 fr. à charge de l'intimé.
6. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens
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 ; RS 173.110); 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

Le président suppléant

Irène PONCET

Georges ZUFFEREY

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