

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1492/2008

ATAS/561/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 8

du 20 mai 2010

En la cause

Madame J _____, domiciliée au Lignon, CH, représentée par
APAS – Association pour la permanence de défense des patients et
des assurés, Mme K _____

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Thierry STICHER, Présidente; Monique STOLLER FULLEMANN et
Teresa SOARES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Le 21 juillet 1995, Mme J_____ (ci-après : la recourante) a formé auprès de l'Office AI du Valais (ci-après : OAI-VS) une demande de prestations AI pour adultes, en raison de douleurs du dos et des genoux.
2. Il est ressorti de l'instruction du dossier que la recourante est arrivée en Suisse, sans formation professionnelle, en 1988, qu'elle a travaillé deux ans comme ouvrière agricole avant de s'occuper de son ménage jusqu'à la fin de l'année 1993. En janvier 1994, elle a repris une activité lucrative comme ouvrière agricole. Avant son invalidité, elle a effectué de janvier à septembre 1994 (le mois de juin ayant été consacré à des vacances) 1'342 heures payées 9 fr. 35 de l'heure, plus « TV » de 9%. En octobre 1994, la recourante a souffert pour la première fois de lombalgies, alors qu'elle travaillait dans les champs.
3. Par jugement du 11 décembre 1998, le Tribunal cantonal des assurances du canton du Valais a rejeté les conclusions de la recourante visant à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 1995 et confirmé une décision de l'OAI-VS du 28 février 1998 refusant l'octroi d'une rente et de mesures de réadaptation.

Le Tribunal a retenu les avis des Dr L_____ et M_____ parvenant à une incapacité de travail de 30 % dans l'exercice des tâches ménagères, de 60 % dans l'ancienne activité en campagne, mais de 20 % dans une activité adaptée légère sans travaux lourds et port de charge, par exemple en qualité d'ouvrière dans l'horlogerie, de surveillante de machines ou toutes activités légères d'usine excluant le port de lourdes charges.

Le Tribunal a tenu compte, sur le plan médical, de ce que selon le Dr L_____, l'atteinte à la santé résultait essentiellement de lombalgies sur troubles dégénératifs et statiques rachidiens, et d'une gonarthrose bilatérale modérée et d'une dysplasie rotulienne bilatérale. Par ailleurs, le Dr M_____ avait exclu une pathologie psychiatrique aiguë, une dépression majeure ou une décompensation psychotique, mais admis la possibilité d'un abaissement chronique de la thymie, permettant de retenir un degré d'incapacité de travail de 20% dont il avait été tenu compte dans l'appréciation globale du degré d'incapacité retenu par le Dr L_____.

L'activité salariée représentait 91% et celle de tenue du ménage 9%. Comme le revenu dans l'activité adaptée était plus élevé que l'ancien revenu pour le travail en campagne et que le taux d'incapacité de travail dans la tenue du ménage était de 30%, il en découlait un degré d'invalidité de 2,7% insuffisant pour l'octroi d'une rente.

4. Le 6 juin 2001, la recourante déposa une nouvelle demande de prestations AI pour adultes auprès de l'OAI-VS, en raison de lombalgies chroniques et de troubles psychiques. Elle indiquait n'avoir plus travaillé depuis les années 1994 et 1995.
5. Selon l'avis des Dr N_____ et O_____ des Institutions psychiatriques du Valais romand (IPVR) du 22 juin 2001, la recourante présente une aggravation importante depuis l'expertise effectuée en 1997 et souffre d'un trouble somatoforme douloureux chronique dans le cadre d'un état dépressif chronique sévère, la situation étant fixée et le gravité de la pathologie entraînant une incapacité de travail complète et définitive.

Il sera noté que ces médecins ont vu la patiente à quatre reprises avec un traducteur, ce qui leur a permis, pour la première fois dans le cadre de ce dossier, d'établir une anamnèse plus détaillée au sujet de la recourante.

Il en ressort que le père de la recourante a été tué par les Serbes en 1965, alors qu'elle avait 15 ans, qu'elle a été mariée à l'âge de 16 ans, avant d'avoir 5 enfants nés entre 1967 et 1978, que la recourante habitait au Kosovo dans une province serbe avant de déménager à Pristina dans une province albanaise pour scolariser ses enfants en langue albanaise et pour fuir la pression des Serbes, un regroupement familial se réalisant par la suite en Suisse, en 1988. En 1999, la recourante apprend que dix membres de sa belle-famille ont été tués, à la suite de la découverte d'un charnier. Elle apprend alors également que sa maison a été détruite, ce qui rend ses espoirs de retour impossible.

6. En avril 2002, l'OAI-VS a appris que la recourante avait déménagé dans le canton de Genève.
7. En avril 2003, la recourante informa l'OAI-VS être suivie par le Dr P_____ à Genève.
8. Selon le rapport médical de la Dresse P_____ à l'OAI-VS du 6 juin 2003, la recourante souffre de dorsolombalgies depuis 1994, de troubles somatoformes douloureux persistants et depuis 1996, d'un état dépressif grave, justifiant une incapacité de travail complète depuis 1994. L'état de la recourante s'était aggravé.
9. En juillet 2003, le dossier fut transmis à l'Office cantonal AI du canton de Genève (ci-après : OAI) en raison du changement de domicile de la recourante.
10. La recourante a été hospitalisée du 29 avril au 19 mai 2004 au Service de médecine interne de réhabilitation des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG).

Le diagnostic posé à cette occasion par les Dresses Q_____, cheffe de clinique, et R_____, médecin interne, fut un syndrome douloureux diffus associé à un état dépressif sévère, sans syndrome psychotique. Le bilan

radiologique avait montré une scoliose sinistro-convexe dorso-lombaire cliniquement insignifiante avec spondylolyse L2-L3 et L3-L4.

11. Dans un avis du 11 novembre 2004, la Dresse P_____ posa les diagnostics de Syndrome douloureux chronique diffus depuis 1994, de trouble dépressif récurrent depuis 1996 et d'un état dépressif sévère, sans syndrome psychotique.
12. Selon le rapport d'examen psychiatrique du 18 juillet 2006, effectué par le Dr S_____, Psychiatre FMH du Service médical régional AI de Suisse romande (ci-après : SMR), avec l'assistance d'un traducteur, aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail n'était posé. La recourante souffrait d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) et d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F 43.2), mais sans répercussion sur la capacité de travail.

Le Dr S_____ constatait que des facteurs de stress psychosociaux pouvant être considérés comme graves chez une patiente souffrant d'une dépression sévère (découverte d'un cancer de la gorge chez son mari et déménagement dans un appartement protégé), n'ont pas été suffisants pour être à l'origine d'une décompensation psychique ou d'une aggravation nécessitant un traitement adéquat, le traitement à sa sortie de l'hôpital en mai 2004 correspondant au traitement d'une dépression moyenne ou sévère.

Le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée était justifié par les différents facteurs de stress psychosociaux vécus depuis 1999 à l'origine d'une réaction dépressive maintenue par ces facteurs apparus à des dates différentes. En revanche, une structure de personnalité présentant des traits prémorbides, une comorbidité psychiatrique et l'échec d'un traitement conforme aux règles de l'art n'ont pas été constatés, en association avec le trouble somatoforme douloureux.

Il s'ensuivait une capacité de travail complète sur le plan psychiatrique, sans limitation fonctionnelle.

13. Selon l'avis médical du Dr T_____ du SMR, du 25 juillet 2006, une capacité de travail d'au moins 80% dans une activité légère, correspondant aux conclusions de l'expertise du Dr L_____ dans le cadre de la première demande de la recourante, pouvait être retenue. Sur le plan rhumatologique, il n'y avait pas d'aggravation, le bilan biologique effectué lors de l'hospitalisation de mai 2004 n'ayant pas permis d'expliquer les douleurs de la recourante. Sur le plan psychiatrique, l'avis du Dr S_____ était repris.
14. Le 25 octobre 2006, la gestionnaire du dossier auprès de l'OAI délivra un mandat d'enquête ménagère précisant : « Dossier nous venant de l'OAI VS. Ce dernier avait décidé de faire une enquête ménagère à l'époque, mais l'assurée avait

déménagé à Genève. Le statut nous semblant mixte, nous vous remercions d'effectuer une enquête afin d'éclaircir le statut, si besoin, et le degré d'empêchement dans le ménage. »

Il ne ressort toutefois pas du dossier transmis par l'OAI qu'une suite ait été donnée à ce mandat.

15. L'OAI adressa à la recourante, le 1^{er} février 2008, un projet de décision lui refusant les prestations AI, en conformité avec les avis des Dr T_____ et S_____.
16. Le 19 mars 2008, l'OAI adressa à la recourante une décision conforme à son projet du 1^{er} février 2008.
17. La recourante forma recours contre cette décision par acte posté le 28 avril 2008, contestant l'appréciation médicale de l'OAI et concluant, préalablement, à l'octroi d'un délai pour compléter son recours, après réception de son dossier AI, et sur le fond, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
18. Dans le cadre du délai impartit par le Tribunal, la recourante compléta son recours le 15 mai 2008. Elle expliqua, sur le plan physique, qu'un trouble somatoforme douloureux avait été retenu et avait justifié une hospitalisation, de sorte que le Dr von T_____, qui n'avait pas évalué son état, se fourvoie lorsqu'il conclut à l'absence d'aggravation de son état de santé. La jurisprudence prévoirait, par ailleurs, que dans les cas particulièrement sévères de troubles somatoformes douloureux, une invalidité pourrait être retenue, même en l'absence d'une comorbidité psychiatrique. Sur le plan psychiatrique, elle critique l'avis du Dr S_____, expliquant que ce médecin est le seul de son avis, au contraire d'autres médecins non liés entre eux et n'ayant pas tous une relation thérapeutique avec elle-même, et qu'il n'explique pas sa différence de point de vue. Son évaluation ne prendrait pas en compte son passé psychiatrique et il n'aurait pas élucidé le point de savoir si ses difficultés d'adaptations sont la cause ou la conséquence du trouble dépressif.

La recourante conclut ainsi à l'annulation de la décision de l'OAI et à la reconnaissance d'une invalidité de 100% sous suite de dépens, et subsidiairement à la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire.

19. L'OAI répondit par acte du 18 juin 2008. Il contesta le point de vue juridique de la recourante au sujet du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux, se référant à la jurisprudence. Selon lui, le rapport du Dr S_____ remplissait tous les critères permettant de lui accorder une pleine valeur probante. Il prenait en compte l'ensemble du parcours de vie de la recourante. Il n'y aurait aucune raison de s'en écarter.

L'OAI conclut ainsi au rejet du recours et à la confirmation de sa décision.

20. Par courrier du 13 août 2008, la recourante maintint sa position, expliquant que si l'anamnèse du Dr S_____ mentionnait effectivement les événements tragiques qu'elle avait vécus, il n'avait pas été évalué la manière dont ces événements avaient pu marquer son psychisme. Il était également relevé que l'OAI ne se prononçait pas au sujet de l'absence d'évaluation de son état de santé physique.

La recourante relevait, par ailleurs, le long délai pris par l'OAI pour statuer, la demande datant du 8 juin 2001. Ce délai ne devait pas lui être préjudiciable, de sorte qu'une invalidité complète devait lui être reconnue, à tout le moins jusqu'à l'examen du Dr S_____ le 15 mars 2006, sur la base des précédents avis médicaux.

Elle persista dans ses conclusions précédentes.

21. Les parties furent entendues en comparution personnelle le 2 octobre 2008. La représentante de l'OAI indiqua ne pas pouvoir préciser la spécialité du Dr T_____ et les éléments sur lesquels il fondait son appréciation s'agissant de la problématique des lombalgies. Celui-ci n'avait pas examiné la recourante et les éléments médicaux sur lesquels on peut penser qu'il se fonde dataient un peu.

La recourante indiqua être invalidée par un ensemble de maux de dos, de tête et par sa nervosité. Elle indiqua être suivie par la Dresse P_____ et être traitée par de la physiothérapie et des médicaments, sans pouvoir indiquer lesquels, à l'exception du Dafalgan. Son mari avait été opéré d'un cancer de la gorge, sans rémission et devait être alimenté par une sonde, ce qui influençait beaucoup son moral. Elle persista dans sa demande d'expertise bidisciplinaire rhumatologie/psychiatrie.

22. A l'issue de cette audience, l'audition de la Dresse P_____ fut ordonnée.
23. Elle eu lieu le 27 novembre 2008. La Dresse P_____, médecin interniste FMH et psychosomaticienne ASMPP, expliqua être le médecin traitant de la recourante depuis son arrivée à Genève en avril 2002. Elle soignait la recourante pour des problèmes douloureux et un moral assez bas depuis 2002, mais fluctuant. De ce point de vue, l'état s'était aggravé depuis une année en raison de l'état de santé de son époux.

Le diagnostic de la Dresse P_____ était un état dépressif récurrent, fluctuant, actuellement moyen à important. Par le passé, son état dépressif a été grave au moment de l'arrivée à Genève, puis lors d'une rechute en 2004 ayant motivé son hospitalisation. Son état fluctuait entre les degrés moyens et graves. Elle traitait la recourante par antidépresseur avec des doses moyennes afin d'éviter des effets

secondaires qu'elle avait connu précédemment. Elle contestait ainsi que le Dr S_____ puisse évaluer la dépression de la recourante à raison de son traitement, une bonne partie de celui-ci consistant dans le soutien de sa famille. Il était tenu pour irréaliste la possibilité que la recourante puisse travailler, même à un taux réduit, car même dans l'exercice de ses tâches ménagères, elle devait être aidée par sa famille. Elle avait toutefois pu recouvrer une capacité à effectuer quelques tâches ménagères (étant précisé que les repas et le ménage doivent toujours être effectués par sa famille) depuis qu'elle avait pu quitter le logement de son fils pour un logement de type D2. La recourante n'aurait pas besoin de consulter un spécialiste, le cadre familial et ses consultations permettant d'assurer une certaine stabilité. Le comportement de sa patiente ne serait pas facile, car elle exprime peu d'émotions, si ce n'est sa douleur. Quelque chose n'avait par ailleurs certainement pas « croché » avec le Dr S_____ pour qu'il mentionne que le comportement de la recourante ne mobilisait pas son empathie. Il n'était pas possible d'imaginer une reprise d'activité lucrative ses ressources étant épuisées. Une psychothérapie pourrait peut-être améliorer l'état de santé, mais cela serait difficilement possible, la recourante exprimant son mal-être par les douleurs. Il faudrait ainsi beaucoup de travail à un thérapeute ayant des connaissances linguistiques en albanais.

Sur le plan rhumatologique, la recourante avait été vue par une rhumatologue et il en était ressorti que ses affections n'étaient que peu objectivées. Une arthrose des genoux, un dos en bon état malgré la présence d'arthrose avaient été, relevés et le résultat d'un scanner cérébral était normal. Ainsi, selon la Dresse P_____, les douleurs relèvent de la somatisation des ses problèmes dépressifs.

L'état de la recourante serait globalement resté stable depuis 2002, état conforme au rapport des Dr N_____ et O_____ du 22 juin 2001, lequel mentionnait une aggravation par rapport à l'état constaté en 1997.

24. Par ordonnance du 19 mars 2009, une expertise psychiatrique fut confiée au Dr U_____, psychiatre et psychothérapeute FMH et médecin adjoint du département de psychiatrie des HUG.

Dans son rapport d'expertise du 12 octobre 2009, ce dernier posa les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et de syndrome douloureux somatoforme persistant.

La recourante était absolument incapable du moindre effort de volonté. L'incapacité de travail était totale du fait de l'existence concomitante des deux troubles susmentionnés. Aucune mesure médicale n'avait la moindre chance d'améliorer la capacité de travail et les chances de succès d'une réadaptation professionnelle étaient nulles dans quelque activité que ce soit.

L'anamnèse laissait à penser que la recourante avait souffert d'un état « sub-dépressif » pendant une grande partie de son existence. Cet état avait pu être favorisé par une succession d'épreuves et de traumatismes psychiques. Cette « dépression larvée » avait pu un temps trouver à s'exprimer sous la forme culturellement plus acceptable de la douleur chronique, jusqu'à ce que le syndrome thymique en vienne à dominer le tableau clinique, comme c'était le cas actuellement.

L'état de santé de la recourante s'était détérioré depuis l'avis du Dr M_____ du 23 juin 1997. Les Drs N_____ et O_____ avaient signalé un état dépressif majeur en 2001. Il n'était pas possible de déterminer précisément l'évolution de l'état de santé de la recourante dont les proches mentionnaient une aggravation du syndrome dépressif et douloureux en 2007 lorsque l'état de santé de son époux s'était détérioré, et plus encore en juillet 2009, au moment du décès de ce dernier.

25. Dans un avis médical du 24 novembre 2009, le Dr V_____ du SMR, fut d'avis que l'état dépressif et douloureux dont souffrait la recourante s'était péjoré dans le courant de l'année 2007. L'examen psychiatrique pratiqué au SMR en mars 2006 n'avait pas retenu de pathologie psychiatrique invalidante.
26. Les parties furent convoquées en audience le 10 décembre 2009 et reconnurent toutes deux une pleine valeur probante à l'expertise du Dr U_____, de même que le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité. Les parties divergeaient toutefois quant au début de l'incapacité de travail. Selon la représentante de l'OAI, l'incapacité de travail avait débuté en 2007, alors que selon la recourante l'incapacité était plus ancienne.

L'audition du Dr U_____ fut ainsi ordonnée.

27. Le Dr U_____ fut entendu le 28 janvier 2010. Ce dernier expliqua que la recourante, quasi-mutique, ne lui avait fourni que très peu d'éléments et de repaires. Il ne pouvait répondre aux questions sur la date de la survenance de l'état dépressif qu'en se fondant sur des éléments indirects.

Selon toute vraisemblance, l'état dépressif sévère était présent depuis 2001. Il avait été mentionné à cette époque par les Drs N_____ et O_____, puis en mai 2002 par les institutions psychiatriques du Valais romand et en mai 2004 par l'Hôpital de Beau-Séjour. Il n'y avait pas de raison de penser qu'il y ait pu avoir d'amélioration. En 2001, un cancer avait été diagnostiqué chez l'époux de la recourante. L'anxiété et les soucis engendrés par cette découverte étaient qualifiés de déterminants par le Dr U_____. Le fait que son rapport mentionne des aggravations en 2007 et 2009 ne signifiait pas que la recourante allait bien avant. L'état dépressif était déjà sévère en 2007 et s'était encore aggravé par la suite. La capacité de travail était nulle depuis 2001, dès lors que l'état dépressif était sévère.

28. Dans ses dernières observations datées du 1^{er} février 2010, la recourante considéra qu'il fallait reconnaître une invalidité totale à tout le moins dès le 3 novembre 2000, date de la première consultation effectuée par les Dr N_____ et O_____.
29. Quant à lui, l'OAI déposa ses dernières observations le 3 mars 2010. Lesdites observations se fondaient sur un avis du SMR du 17 février 2010. Selon le SMR, le Dr U_____ n'avait pas tenu compte de son avis du 15 mars 2006 et du constat d'absence d'épisode dépressif incapacitant. Cet avis permettait de retenir un état de rémission stabilisé. Le SMR concluait comme suit : « nous retenons un trouble dépressif récurrent avec un épisode incapacitant de novembre 2000 à décembre 2004, suivi d'un état de rémission de janvier 2005 à décembre 2006, suivi d'un nouvel épisode incapacitant depuis janvier 2007. Nous retenons les périodes suivantes d'incapacité de travail : à 100% du 01.11.2000 au 31.12.2004 dans toute activité, 0% du 01.01.2005 au 31.12.2006 dans l'activité habituelle, puis 100% depuis le 01.01.2007, dans toute activité ».

L'OAI modifia ainsi ses conclusions en ce sens qu'une rente entière soit accordée à la recourante du 1^{er} novembre 2001 (échéance du délai de carence) au 31 décembre 2004, puis dès le 1^{er} janvier 2007

30. La cause fut gardée à juger le 8 mars 2010.

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).

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

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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 est régi par l'ancien droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, pour la période courant jusqu'à cette date, et par les nouvelles dispositions introduites par la LPGA, pour la période postérieure. La question ne revêt toutefois pas une grande importance car les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3). En particulier, Les définitions de l'incapacité de

travail, de l'incapacité de gain, de l'invalidité, de la méthode de comparaison des revenus et de la révision (de la rente d'invalidité et d'autres prestations durables) contenues dans la LPGA correspondent aux notions précédentes dans l'assurance-invalidité telles que développées à ce jour par la jurisprudence (ATF 130 V 343). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

Pour les mêmes raisons, il sera fait applications des dispositions de la LAI et du RAI en vigueur au moment où les faits déterminants se sont produits.

3. Adressé par pli postal du 28 avril 2008, le recours contre la décision de l'OAI du 19 mars 2008 intervient en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Compte tenu de la suspension des délais du septième jour avant Pâques au septième jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 LPGA), de sorte que le délai de recours n'a commencé à courir que le 31 mars 2008, Pâques tombant le 23 mars 2008. Les autres conditions prévues par les art. 56 et ss LPGA étant réalisées, le recours est recevable.
4. A la suite de l'expertise confiée au Dr U _____, le litige ne porte plus sur le degré d'invalidité, les deux parties reconnaissant une invalidité complète de la recourante. En revanche, les parties divergent désormais sur le début de l'invalidité et du droit à la rente.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et 28 al. 2 LAI).

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale,

exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible.

Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Peut notamment constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et ATF 132 V 71 consid. 4.2.2). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in : *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

6. Selon l'art. 4 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'assuré ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b, 157 consid. 3a).

S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où il prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1^{er} LAI dans sa version en vigueur avant la 5^e révision de la loi, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 aLAI ; ATF 126 V 5 consid. 2b et les références).

Aux termes de l'art. 48 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits ouvrant droit à prestations et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance.

7. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation

de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

Les médecins du SMR sont liés par un rapport de travail avec l'Office. Si ce fait n'enlève a priori aucunement la valeur probante de leur examen, il faut relever cependant qu'il ne s'agit pas de médecins indépendants, spécialistes reconnus, au sens de la jurisprudence susmentionnée, et donc que leur analyse ne vaut pas expertise (ATAS 132/2007 du 16 janvier 2007).

Quant au médecin traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353, consid. 3b/cc et les références).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une 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 351 consid. 3b/aa).

8. En l'espèce, le Dr U_____, expert judiciaire mandaté par le Tribunal et spécialiste en psychiatrie, s'est prononcé parfaitement clairement.

Bien qu'il ait émis quelques réserves, liées au quasi-mutisme de la recourante, il a donné son opinion de spécialiste qui ne saurait être remise en cause. En effet, le Tribunal ne décèle aucune contradiction dans son rapport d'expertise.

A ce sujet, le Dr U_____ a clairement expliqué, lors de son audition, qu'il ne fallait pas comprendre les aggravations qu'il évoque en 2007 et 2009 par le fait que l'état dépressif n'ait pas déjà été sévère auparavant.

Le Dr U_____ a ainsi clairement et sans contradiction établi que la capacité de travail était nulle depuis l'année 2001. Il a qualifié de déterminante de ce point de vue la découverte d'un cancer chez le mari de la recourante durant ladite année. Le dossier ne contient pas plus de précision quant à l'époque de l'année 2001 durant laquelle le cancer a été découvert chez l'époux de la recourante.

L'appréciation du Dr U_____ est d'ailleurs confirmée par l'avis des Drs N_____ et O_____ du 22 juin 2001.

L'OAI tire du fait que le rapport d'examen psychiatrique du 18 juillet 2006 effectué au SMR par le Dr S_____ ne retient aucune pathologie invalidante la conclusion que la recourante avait connu un état de rémission stabilisé. Ce faisant, l'OAI s'écarte de l'avis de l'expert judiciaire dont l'avis est qu'il n'y a pas de raison de penser qu'il y a pu avoir une amélioration de l'état de santé de la recourante.

Il sera relevé que l'expert a tenu compte (notamment en page 8 de son rapport d'expertise) de l'avis du Dr S_____.

L'avis de l'OAI quant à une rémission stabilisée est ainsi infondé.

9. Reste ainsi à déterminer le début du droit à la rente d'invalidité.

Comme indiqué plus haut, il faut distinguer à cet égard les deux hypothèses prévues par l'ancienne teneur de l'art 29 al. 1 LAI.

Il a été jugé que l'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

Selon la doctrine : « Selon l'art. 29 RAI, il y a incapacité permanente de gain lorsque l'on ne doit plus s'attendre, selon toute vraisemblance, à une amélioration non plus qu'à une aggravation de l'état de l'assuré. La variante « invalidité permanente » présuppose donc une atteinte à la santé en bonne partie stabilisée, essentiellement irréversible. Cette condition n'est que rarement réalisée ; en

présente d'une atteinte seulement relativement stabilisée, l'exigence de l'irréversibilité sera essentielle, alors que si l'on a affaire à un état de santé absolument stable, le critérium de l'irréversibilité sera dans grand intérêt pratique. La jurisprudence a précisé ces notions, en particulier celle de stabilité. On veillera à ne pas confondre un état stabilisé avec un état stationnaire » (Jean-Louis DUC, in : SBVR, 2^{ème} édition, 2007)

Selon l'avis de l'expert judiciaire, le Dr U _____, aucune mesure médicale n'avait la moindre chance d'améliorer la capacité de travail de la recourante et les chances de succès d'une réadaptation professionnelle étaient nulles dans quelque activité que ce soit.

Il faut encore constater objectivement que l'état de santé de la recourante n'a cessé de se dégrader et de l'opinion de l'expert judiciaire n'a jamais connu de rémission notable.

Il faut donc considérer que la recourante a présenté une incapacité de gain durable de 40% au moins au sens de la lettre a de l'alinéa 1 de l'ancien art. 29 LAI ouvrant le droit à la rente dès le 1^{er} novembre 2000 (époque de la réalisation de l'expertise des Drs N _____ et O _____, par ailleurs retenue par les deux parties).

Dès lors que la demande a été déposée moins de douze mois après cette date et vu l'ancien art. 48 al. 2 LAI, il n'y a pas d'obstacle à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2000.

10. Le recours sera ainsi admis en ce sens que la recourante obtient l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2000.
11. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 3'300 fr. lui est octroyée, à titre de dépens.
12. Un émolument de 500 fr. est mis à charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI)

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet
3. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2000.
4. Invite l'intimé à procéder au calcul et au versement de ladite rente.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 3'300 fr. à titre de dépens.
6. Met un émolument de 500 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

Le président

Irène PONCET

Thierry STICHER

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