

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1678/2007

ATAS/661/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 28 mai 2008

En la cause

Madame L_____, domiciliée au PETIT-LANCY, CSP-
CENTRE SOCIAL PROTESTANT, représentée par Mme Floriane
PITTELOUD

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Teresa SOARES et Monique STOLLER
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame L_____, ressortissante espagnole née en 1951, titulaire d'un permis C, est arrivée en Suisse en 1972 et a exercé la fonction d'aide ménagère auprès de la FONDATION DE SERVICES D'AIDE ET DE SOINS A DOMICILE (ci-après la FSASD) à raison de 70%, dès 1993.
2. A partir du 10 juin 2002, elle a cessé toute activité lucrative. Elle a résilié son contrat avec effet au 30 avril 2003, en raison des diverses atteintes à la santé dont elle souffrait et pour rejoindre son mari en Espagne.
3. Dans un rapport du 5 avril 2003, le Dr A_____, spécialiste en médecine interne et en maladies rhumatismales, a indiqué avoir diagnostiqué chez cette dernière une fibromyalgie. Il a précisé que les douleurs étaient globalisées dans tout le corps, et principalement dans la nuque, le sommet du crâne, les deux épaules et les deux bras. Elle souffrait de plus de paresthésies mal systématisées dans les épaules, les coudes et les avant-bras. Elle dormait mal et se levait difficilement avec un très long moment pour se "dérouiller". Elle restait également algique et adynamique toute la journée. De plus, se référant à deux IRM effectuées en juillet 2002, le médecin a relevé, d'une part, que la recourante était atteinte d'une hernie discale paramédiane D C6-C7 qui ne comprimait toutefois pas la moelle et n'avait qu'un conflit limite sur la racine C7 et, d'autre part, que l'état de la recourante était parfaitement normal au niveau de la colonne lombaire. Dès lors, dans ses conclusions, le médecin a indiqué que "le tableau est totalement typique d'une fibromyalgie floride. La présence de la hernie discale cervicale n'est qu'une découverte sans conséquence sur l'aspect clinique, car du point de vue neurologique, il n'y a pas de séquelle. L'IRM lombaire totalement normale démontre que les douleurs des membres inférieurs sont en relation avec la fibromyalgie (...)".
4. Le 16 avril 2003, la recourante a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après l'OCAI) visant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
5. Un rapport, établi sur demande de l'OCAI, a été effectué le 29 avril 2003 par le Dr A_____. Dans ce rapport, le médecin a indiqué qu'outre la fibromyalgie, la recourante était atteinte d'un status post-opératoire du sein, de troubles digestifs et de migraines, n'ayant toutefois aucune répercussion sur sa capacité de travail. Le médecin a encore ajouté que sa patiente estimait ne plus être capable d'exercer une activité lucrative et a précisé que son status physique ne mettait pas en évidence de lésions dégénératives sévères. Dans l'annexe au rapport médical, le médecin a mentionné que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible et qu'il y avait une diminution de son rendement. Une autre activité pouvait être envisagée dans la mesure où il s'agissait d'un travail assis, sans

effort et dans un bureau, mais il fallait compter avec un absentéisme certain étant donné la faible motivation de la recourante à reprendre un travail.

6. Dans un rapport du 28 septembre 2003, la Dresse B_____, généraliste et médecin traitant de la recourante, a posé comme diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, des douleurs musculaires intéressant tout le rachis et les extrémités, s'accompagnant de fatigabilité musculaire et d'asthénie et, comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, une hypertension artérielle et une surcharge pondérale. Elle a attesté que l'incapacité de travail de la recourante avait commencé le 8 juin 2002 et était toujours d'actualité. La recourante était incapable de porter des charges et d'effectuer des travaux ménagers notamment. Sa capacité de travail ne pouvait pas être améliorée et l'on ne pouvait pas exiger d'elle qu'elle exerce une autre activité lucrative en raison de ses douleurs et de sa fatigabilité musculaire. La motivation de la recourante pour reprendre une activité lucrative était partielle.
7. Dans le rapport d'expertise du 16 décembre 2004 de la Dresse C_____, ce médecin a diagnostiqué un état dépressif majeur sévère avec anxiété. Elle a déclaré qu'au vu de l'anamnèse de la recourante, elle ne pensait pas pouvoir apporter aujourd'hui une amélioration notable de sa capacité de travail. En revanche, un soutien psychologique pourrait l'aider à mieux vivre et à être moins dépendante. La recourante présentait des idées suicidaires. Sur le plan social, elle restait très repliée sur elle-même, avec des troubles de la communication et un sentiment d'être victime de tout le monde. L'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible, une autre activité ne l'était pas non plus, la recourante ne disposant d'aucune capacité résiduelle de travail.
8. Dans une note du 17 octobre 2005, le Dr D_____, médecin-conseil de l'assurance-invalidité, a indiqué que le diagnostic d'état dépressif majeur sévère avec anxiété de la Dresse C_____ était pauvre et que l'assurée n'avait jamais bénéficié d'un suivi psychiatrique. En outre, lors d'une conversation téléphonique avec le médecin-conseil de l'OCAI, la Dresse C_____ avait mentionné qu'elle était devenue entre-temps le médecin traitant de la recourante, que cette dernière était sous traitement et que son état de santé s'était amélioré. Toutefois, elle ne présentait toujours pas de capacité de travail. Elle a également informé le Dr D_____ que sa patiente était suivie par un rhumatologue qui avait posé d'autres diagnostics de type arthrite. Au vu de cette amélioration, le médecin-conseil a conclu qu'un examen bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique au SMR était nécessaire.
9. Dans un courrier adressé au Dr D_____ le 18 octobre 2005, le Dr E_____, spécialiste en médecine du sport et en médecine physique, a indiqué que cette dernière se plaignait de douleurs permanentes touchant le rachis cervical, les deux épaules, ainsi que la charnière lombo-sacrée. Les

séances d'ostéopathie ainsi que plusieurs infiltrations n'avaient pas pu la soulager. Selon lui, elle présentait tous les stigmates d'une fibromyalgie. Les plaintes actuelles de la recourante étaient clairement incompatibles avec une activité professionnelle d'aide à domicile.

10. Dans un courrier adressé à l'OCAI le 2 novembre 2005, la Dresse B _____ a déclaré que la recourante était également atteinte d'un état dépressivo-anxieux chronique, découlant partiellement de ses douleurs articulaires et rachidiennes, et qu'elle était depuis plusieurs années sous traitement antidépresseur.
11. Le 30 novembre 2005, le SMR a procédé à un examen bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique). Les Drs F _____, spécialiste en médecine physique et de rééducation, et G _____, psychiatre ont posé, dans leur rapport du 15 février 2006, les diagnostics de cervico-lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs et statiques modérés, d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et sans répercussion sur la capacité de travail, de fibromyalgie, d'une obésité, de status après réduction mammaire pour dorsalgies et de maladie fibrokystique.

Ils ont relevé que le Dr A _____, dans son rapport du 29 avril 2003, avait écarté toute forme de pathologie inflammatoire et que l'investigation radiologique était quasiment dans la normalité. L'examen clinique effectué au SMR démontrait qu'il n'y avait aucun signe organique selon I _____ et J _____. L'étude des différentes IRM et des radiologies ne mettait en évidence que quelques troubles de type dégénératif modérés au niveau du rachis lombaire, tout à fait en adéquation avec l'âge de l'assurée. Sur le plan articulaire, l'incapacité de travail complète attestée par le médecin traitant depuis le 10 juin 2002 n'était objectivement pas justifiée, en présence d'une pathologie de type non organique (fibromyalgie). La protrusion discale de niveau C5-C6 décrite dans le rapport du Dr A _____ comme hernie discale était quant à elle une découverte fortuite sans traduction clinique. Sur le plan psychiatrique, l'humeur était nettement déprimée et il existait une réduction importante d'énergie. Il existait également une culpabilité inappropriée, des pensées récurrentes de mort, une perturbation du sommeil, ainsi qu'une modification de l'appétit. Les troubles cognitifs étaient discutables mais néanmoins bien présents. L'état dépressif n'était qu'un phénomène d'accompagnement très partiel des douleurs dont souffrait la recourante. Du fait de sa fragilité psychique, elle avait toujours présenté un risque élevé pour une décompensation sur un mode dépressif. Actuellement, la fluctuation de son état était liée à des événements ou des nouvelles défavorables. Pour l'heure, la recourante luttait sans cesse contre l'effondrement dépressif. L'intensité des symptômes incapacitants constitués par une diminution de l'énergie et de la volonté et une diminution de l'aptitude à penser étaient à l'origine d'une incapacité de travail de 50%, ceci tant dans son activité habituelle que dans toute autre activité. Quant aux critères de

K_____ concernant la fibromyalgie, il existait une comorbidité psychiatrique conséquente avec la présence d'une fragilité dans la constitution de la personnalité. Il n'y avait pas d'affection chronique justifiant l'intensité des plaintes, de même qu'il n'y avait pas de perte d'intégration sociale. Dans la mesure où son fils cadet était très présent et s'inquiétait de l'état de la recourante, elle retirait un bénéfice secondaire de la fibromyalgie, qui de surcroît était présente depuis plusieurs années et pour laquelle les traitements ne s'étaient montrés que partiellement efficaces. Les médecins ont constaté des divergences entre les douleurs décrites et le comportement observé, bien qu'il n'y eut pas d'allégation de douleurs intenses aux caractéristiques vagues. Il n'y avait pas d'absence de demande de soins. Il existait en outre des divergences importantes entre les informations fournies par la recourante et celles ressortissant du dossier médical. Enfin, bien que les plaintes aient un caractère démonstratif, elles ont suscité l'empathie des examinateurs. L'évaluation de K_____ montrait des arguments en faveur d'une atteinte psychiatrique incapacitante.

En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, la recourante devait éviter de porter des charges supérieures à 10 kg et à 5 kg bras tendus. Il fallait également proscrire toute position statique assise au-delà d'une heure et debout au-delà de 30 minutes, ainsi d'éviter les positions en porte-à-faux ou en torsion du rachis.

12. Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 5 avril 2006 au domicile de l'assurée. Dans les remarques générales, l'enquêtrice a mentionné que la recourante était une personne gravement déprimée, qu'elle avait pleuré durant tout l'entretien, qu'elle avait des idées suicidaires et qu'elle montrait une angoisse peu maîtrisée dans le sens qu'elle tremblait des mains et des jambes, qu'elle était opprimée dans sa respiration et qu'elle avait beaucoup de difficultés à répondre aux questions posées. En outre, les insomnies n'étaient que partiellement améliorées par la prise quotidienne de somnifères et la recourante disait devoir lutter pour ne pas prendre la boîte toute entière afin d'en finir. Elle souffrait généralement d'une fatigabilité importante et d'une asthénie. Son état dépressif était tel qu'il l'empêchait de fonctionner dans la vie quotidienne; en effet, la recourante ne sortait plus, sauf pour aller chez son médecin, ne cuisinait plus et ne tenait plus son ménage. Elle souffrait enfin de crises de panique durant la nuit ainsi que de vertiges fréquents. L'enquête a retenu un empêchement de 30 % pour le poste "conduite du ménage", pondéré à 5 %, un empêchement de 60 % pour le poste "alimentation", pondéré à 45 %, un empêchement de 70 % pour le poste "entretien du logement", pondéré à 20 %, un empêchement de 10 % pour le poste "emplettes et courses diverses", pondéré à 5 %, un empêchement de 50% pour le poste "lessive et entretien des vêtements", pondéré à 20 % et enfin, aucune incapacité n'a été retenue pour le poste "divers", pondéré à 5 %.

13. Par décision du 7 avril 2006, l'OCAI a rejeté la demande de la recourante au motif que son taux d'invalidité, évalué en fonction de la méthode mixte de calcul, s'élevait à 36 %, taux n'ouvrant pas droit à une rente. Ce faisant, l'office a reconnu une incapacité de travail de 50 % dans son activité d'aide ménagère, exercée à 70 %. En comparant les revenus que la recourante obtenait en travaillant à 70 %, à ceux qu'elle obtiendrait en exerçant cette même activité à 50 %, l'invalidité se situait à 29 %, compte tenu de ce que le rapport d'enquête ménagère concluait à une invalidité de 53 % dans l'accomplissement des tâches ménagères.
14. Par décision sur opposition du 23 mai 2006, l'OCAI a rejetée celle-ci.
15. Par arrêt du 12 septembre 2006, le Tribunal de céans a admis le recours, annulé cette décision et renvoyé la cause à l'intimé pour complément d'instruction. Il a considéré que la capacité de travail de la recourante n'avait pas été évaluée à satisfaction de droit et qu'il convenait de déterminer cette capacité par un examen médical, plus apte qu'une enquête économique à déterminer l'empêchement dans l'accomplissement des travaux habituels en cas de troubles psychiques. Il a ainsi jugé nécessaire que le SMR procède à un complément d'examen, et qu'il réexamine l'aspect psychiatrique dans son ensemble et la question d'une éventuelle aggravation depuis le 1^{er} examen, dès lors que les constatations de l'enquêtrice sur le ménage la laissait suspecter.
16. Le 13 décembre 2006, le Dr G_____ du SMR a procédé à un second examen psychiatrique. Selon ce médecin, le status psychiatrique était superposable à celui du 1^{er} examen en novembre 2005. Toutefois, l'assurée lui avait signalé qu'elle était dans une période de péjoration de son état, raison pour laquelle la fréquence de ses rendez-vous chez son psychiatre a été augmentée à deux à trois fois par semaine. Il a par ailleurs relevé que l'assurée assumait difficilement le ménage, la cuisine, les courses et la lessive. Elle se faisait aider dans ces tâches par ses deux fils majeurs et une jeune fille. Le Dr G_____ a estimé que sa capacité de travail dans le ménage était diminuée de 50 % pour des raisons psychiatriques.
17. Après avoir communiqué à l'assurée un projet de décision de refus de rente, que son conseil a contesté, l'OCAI a notifié à celui-ci une décision formelle, datée du 14 mars 2007, dans ce sens. Ce faisant, il a évalué le degré d'invalidité selon la méthode mixte dans l'activité lucrative et dans le ménage. Dans la mesure où, selon ses calculs, sa perte de gain dans le premier champs d'activité n'était que de 29 %, le degré d'invalidité total restait inférieur à 40 % et n'ouvrait dès lors pas le droit à une rente.
18. Par acte du 26 avril 2007, l'assurée recourt contre cette décision par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une

demi-rente. Elle conteste le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé, en particulier la façon dont la formule de calcul a été utilisée. Elle relève qu'en procédant de la sorte, on utilise deux fois le même correctif et c'est ainsi que l'intimé arrive à un taux d'invalidité de 36 %, alors que l'invalidité est estimée par tous pour le moins à 50%. Si la formule avait été appliquée correctement par l'office, ce dernier aurait dû arriver à un taux d'invalidité de 50%, ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité.

19. Par préavis du 8 juin 2008, l'intimé conclut au rejet du recours, tout en se référant aux pièces du dossier et à la motivation de la décision attaquée.
20. Le 10 septembre 2007, le Tribunal de céans informe les parties qu'il a l'intention de confier une expertise psychiatrique au Dr AA_____, et leur communique les questions qu'il se propose de lui poser.
21. L'intimé fait savoir le 1^{er} octobre 2007 qu'il ne s'oppose pas au choix de l'expert.
22. La recourante communique le 12 octobre 2007 au Tribunal de céans un rapport daté du 21 septembre 2007 et relatif à un examen cognitif réalisé par le Dr AB_____, neurologue, et Mme M_____, psychologue. Il est relevé ce qui suit dans ce rapport:

"De cette évaluation, nous retenons en premier lieu une symptomatologie dépressive sévère, qui se manifeste tant sur le plan clinique (ralentissement psycho-moteur mimique facial appauvri, conduite d'auto-dévalorisation, réaction de catastrophe) qu'au niveau anamnestique (...). Ces troubles de l'humeur sont objectivés par des résultats élevés dans les échelles évaluant les aspects anxieux et dépressifs.

Cette problématique psychique semble avoir des répercussions significatives sur le fonctionnement cognitif de Mme L_____. En effet, l'examen neuropsychologique met en évidence des difficultés dans l'ensemble des sphères cognitives sollicitant des aptitudes attentionnelles et de concentration (mémoire, fonctionnement exécutif, attention). Relevons par ailleurs, que certains résultats observés dans les tests (évaluant l'écriture, le calcul, le dessin) sont probablement en relation avec le faible niveau de scolarisation de Mme L_____."

23. Par ordonnance du 29 novembre 2007, le Tribunal de céans a mis en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire et l'a confiée au Dr AA_____.
24. Selon l'expertise du 10 avril 2008 de ce médecin, l'expertisée est atteinte d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. A titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité

de travail, il retient des traits de personnalité anxieuse (évitante) et dépendante. L'expertisée présente des limitations liées à l'existence d'un état dépressif et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, se manifestant, outre les douleurs, par une dépression de l'humeur, la fatigabilité, une perte d'énergie, des perturbations de la volonté et de la motivation, des troubles mnésiques, de l'attention et de la concentration. La capacité de travail est nulle dans l'activité d'aide-ménagère, étant précisé que le degré de gravité du trouble dépressif fluctue de moyen à sévère. La capacité de travail dans l'activité lucrative est réduite depuis juin 2002. Le traitement médical est par ailleurs adéquat. A cet égard, l'expert a indiqué que le traitement offre à l'expertisée un soutien psychologique qui peut la préserver d'un effondrement plus sévère de l'humeur, mais qu'il n'est pas en mesure de lui rendre sa capacité de travail. La compliance est bonne. La persistance de la symptomatologie dépressive s'explique par les diverses formes de maltraitance (affectives et sexuelles) dont l'expertisée a souffert dans l'enfance et qui ont provoqué un traumatisme chronique, sévère et irréversible. Celle-ci a toujours souffert d'une mauvaise estime d'elle-même, d'un sentiment de honte et de dévalorisation, ainsi que d'une symptomatologie sub-dépressive. Par ailleurs, la comorbidité avec un trouble douloureux chronique, la composante anxieuse très sévère et les traits pathologiques de la personnalité constituent autant de facteurs expliquant la résistance au traitement anti-dépresseur. L'expert partage le diagnostic du Dr G_____, mais non pas en ce que ce dernier considère qu'il s'agit d'un phénomène d'accompagnement très partiel des douleurs. L'expert estime en outre que cette appréciation paraît surprenante dans la mesure où le Dr G_____ a admis plus loin une atteinte psychiatrique incapacitante. Le pronostic de l'expert est très sombre du fait de l'importance de la nature des comorbidités psychiatriques, de la chronicité des troubles et de la mauvaise réponse à un traitement anti-dépresseur adéquat à posologie importante (Eflexor 300 mg/j), prescrit pendant une longue période. Selon l'expert, il est certain que l'expertisée ne sera jamais plus en mesure de travailler. Enfin, l'expert a ajouté ce qui suit :

"Signalons que le cas de l'expertisée est tout à fait représentatif d'un sous-groupe important de patientes souffrant d'un trouble douloureux somatoforme (ou de fibromyalgie), associé à des troubles dépressifs et anxieux, qui a fait l'objet de nombreuses recherches et est aujourd'hui bien défini dans la littérature médicale spécialisée. Il s'agit de personnes - des femmes - le plus souvent - chez lesquelles les circonstances de développement mental adverse, des traumatismes répétés dans l'enfance et l'adolescence (abus sexuels, maltraitance affective, relations de violence dans la famille et/ou dans le couple parental) constituent des facteurs de risques majeurs de la survenue des troubles en question."

Il y a également les constatations objectives de l'expert à relever, lesquelles sont les suivantes :

"L'expertisée s'est présentée ponctuellement à nos rendez-vous, sa tenue vestimentaire et son hygiène étaient sans particularité, elle n'avait pas de trouble de la vigilance, elle était orientée à tous les modes et s'est montrée coopérante. Elle s'exprime relativement bien en français et fait parfois preuve d'une certaine finesse psychologique et de capacités introspectives.

Elle a montré des signes marqués d'anxiété : expression faciale inquiète, voire apeurée, tremblements importants des mains, particulièrement lors du dernier entretien. L'humeur était constamment triste, voire effondrée. Le discours, normal dans sa forme, était caractérisé par le ressassement, la répétition, envahi par le récit de sa souffrance psychique et des malheurs qui ont accablé sa vie. L'expertisée parlait d'une voix faible, le débit de paroles était un peu ralenti. L'attention était perturbée, le champ de la pensée rétréci, elle avait des difficultés à partager les thèmes proposés par l'expert obnubilée par la pensée envahissante de ses malheurs et de sa vie gâchée, elle répondait souvent à côté des questions posées. Elle était généralement incapable de retrouver une date, de répondre aux demandes d'informations (sur les traitements suivis, l'évolution de la symptomatologie, etc...).

Durant les entretiens, elle a souvent été en pleurs, particulièrement quand elle évoquait les abus sexuels et la maltraitance affective dont elle fut victime dans l'enfance, ou quand elle relatait les gestes suicidaires (ou para-suicidaires) qu'elle a eus dans le passé, l'insatisfaction de sa vie conjugale ..."

25. Le 30 avril 2008, la Dresse AC_____ du SMR s'est déterminée sur l'expertise du Dr AA_____. Celle-ci relève que l'expert n'explique pas pourquoi il retient l'incapacité de travail totale et s'écarte ainsi des conclusions du SMR. Selon ce médecin, les divergences dans l'appréciation de la capacité de travail résident dans le fait que les médecins examinateurs du SMR se sont basés sur des critères de la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux chroniques ou fibromyalgie, pour déterminer si l'assurée présentait des critères de gravité pouvant expliquer que ce trouble était invalidant, contrairement à l'expert. La Dresse AC_____ estime aussi que l'expertise ne met pas en cause les conclusions du SMR.
26. Sur la base de cet avis médical, l'intimé persiste dans ses conclusions, par écritures du 13 mai 2008.

27. La recourante ayant renoncé à se déterminer, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable, compte tenu de la suspension des délais pendant la période de Pâques (art. 38 al. 4 a et 56 ss LPGA).

3. Est litigieux en l'espèce le degré d'incapacité de travail de la recourante et le degré d'invalidité en résultant.

4. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

5. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

b) 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 % 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).

6. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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. 5a).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est

qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) Le juge ne s'écarte 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 surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

e) En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

f) 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).

7. a) D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, 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).

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 maladif 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 consid. 2.2.3). 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). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret.

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).

On ajoutera que dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65; ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). La fibromyalgie a été plus particulièrement assimilée au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA du 20 avril 2006, cause I 805/04).

Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (arrêt D. du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1). Le TFA a également considéré qu'une personnalité à traits histrioniques ne constituait pas non plus, à côté du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) une comorbidité psychiatrique autonome du trouble fibromyalgique (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05).

b) S'agissant des affections corporelles chroniques, il doit exister une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (notamment ATFA du 12 juin 2006, cause I 317/05).

c) Concernant l'état physique cristallisé, des éléments biographiques difficiles (relations conflictuelles au travail, divorce, possible traumatisme sexuel sans contact physique durant l'enfance) sont des indices plaidant en faveur d'un tel état, si tant est que l'assuré ne démontre pas en même temps une attitude théâtrale et revendicative et émette des déclarations discordantes au sujet de ses douleurs donnant à penser qu'il cherche une compensation de ses souffrances par l'AI. Le fait d'affirmer ne plus être en mesure d'exercer une quelconque activité tout en étant capable de s'occuper du ménage et d'un enfant sont des indices faisant plutôt

apparaître un profit secondaire tiré de la maladie (ATFA du 20 mars 2006, cause I 644/04). Un tel état ne saurait être admis lorsque l'assuré n'a pas suivi de traitement psychiatrique durable et que, par ailleurs, il fait preuve d'une mauvaise compliance médicamenteuse (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04, voir aussi ATFA du 21 avril 2006, cause I 483/05), lorsqu'il a uniquement pris un traitement d'anxiolytiques et non pas d'antidépresseurs (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), lorsque la poursuite du traitement est susceptible d'améliorer la symptomatologie d'anxiété (ATFA du 8 juillet 2004, cause I 380/03), lorsque l'épisode dépressif moyen est en rémission complète (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05), lorsqu'aucun élément psychotique, aucune souffrance ou dysfonctionnement personnel, professionnel et social, ni encore des traits d'une personnalité dissociée ne peuvent être retenus (ATFA du 25 novembre 2004, cause I 450/03), en l'absence d'une source de conflit intrapsychique ou situation conflictuelle externe (ATFA du 23 juin 2004, cause I 272/03) lorsque l'état de l'assuré est susceptible de s'améliorer grâce à la stabilisation de la vie familiale et à l'instauration d'un traitement antidépresseur (ATFA du 10 novembre 2005, cause I 638/04), lorsque l'état psychique est stabilisé grâce à une médication adéquate et qu'un suivi psychothérapeutique constituerait un traitement adéquat des troubles en cause (ATFA du 12 septembre 2005, cause I 497/04), lorsque l'assuré fait état d'une envie de travailler et d'une certaine ambition sociale (ATFA du 13 juillet 2005, cause I 626/04).

d) S'agissant de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est pas réalisée dès lors que l'assuré effectue des promenades avec des amis qu'il voit fréquemment et maintient des contacts sociaux avec sa famille en Espagne (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04), qu'il bénéficie d'une vie familiale épanouie, reçoit des amis et se rend chez eux (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), qu'il a une vie retirée, passant beaucoup de temps à la maison mais a gardé un certain réseau d'amis qui viennent le voir ou auxquels il rend visite (ATFA du 29 novembre 2005, cause I 665/04), qu'il se dit bien entouré sur le plan familial (ATFA du 16 août 2005, cause I 539/04), qu'il vit dans une situation de retrait mais qu'il a des contacts réguliers avec ses proches et qu'il retourne régulièrement dans son pays d'origine avec sa famille ou des amis (ATFA du 2 mars 2005, cause I 690/04), qu'il est à même d'entretenir des contacts sociaux, d'exercer des activités sportives (natation) et de loisir (promenade) (ATFA du 8 juin 2005, cause I 361/04).

8. En l'espèce, les médecins consultés, y compris le Dr G _____ du SMR, sont d'accord sur le diagnostic d'épisode dépressif moyen. Il est vrai que, selon l'expert judiciaire, il s'agit d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, alors que le Dr G _____ estime qu'il n'est pas accompagné d'un tel syndrome. Toutefois, les experts retiennent soit un syndrome douloureux somatoforme persistant, en ce qui concerne l'expert judiciaire, ou une fibromyalgie, s'agissant du

Dr G _____, soit des atteintes avec une symptomatologie douloureuse non objectivable.

La différence d'appréciation porte dès lors essentiellement sur la répercussion de ce diagnostic sur la capacité de travail. Ainsi, le Dr G _____ a estimé que les atteintes à la santé n'entraînaient qu'une incapacité de travail de 50 % dans l'activité lucrative et dans celle du ménage, alors que l'expert judiciaire exclut toute mise en valeur d'une capacité de travail professionnelle. Le Dr AA _____ a exposé à cet égard que la capacité de travail est anéantie en raison du syndrome douloureux somatoforme persistant et du trouble dépressif, dont le degré de gravité fluctue de moyen à sévère. Les limitations sont dues aux multiples manifestations du syndrome douloureux chronique, aux troubles de l'humeur, à la fatigabilité, à la perte d'énergie, aux perturbations de la volonté et de la motivation, aux troubles mnésiques, de l'attention et de la concentration.

Il convient en premier lieu de retenir que l'expertise du Dr AA _____ remplit tous les critères jurisprudentiels pour lui attribuer une pleine valeur probante. L'expert s'est notamment fondé sur le dossier médical complet, y compris en particulier les examens psychiatriques du Dr G _____, ainsi qu'un examen approfondi de la recourante. Il sied par conséquent d'examiner si son avis est mis en doute par ceux d'autres spécialistes.

En premier lieu, il est à relever que la Dresse AC _____, qui s'est déterminée sur l'expertise judiciaire, n'est pas psychiatre et qu'elle ne saurait dès lors mettre en doute l'avis de l'expert judiciaire. Par ailleurs, si cette expertise a été mise en œuvre, c'est précisément parce que le Tribunal de céans n'était pas convaincu par l'appréciation du Dr G _____ contenue dans son rapport du 15 février 2006, dans lequel il n'a retenu qu'une incapacité de travail de 50 % dans une activité lucrative pour des raisons psychiques, tout en admettant, dans son rapport ultérieur du 13 décembre 2006, que la capacité de travail dans le ménage était également diminuée du même pourcentage à cause des atteintes psychiques. Or, il paraît difficilement imaginable qu'une personne qui, dans un cadre aussi sécurisant que le ménage, ne peut accomplir que la moitié des tâches, puisse poursuivre une activité professionnelle. Par ailleurs, les constatations objectives du Dr AA _____ et citées in extenso dans la partie en fait démontrent que la recourante est très perturbée sur le plan psychiatrique, de sorte qu'une réintégration dans le processus de travail ne paraît objectivement pas exigible. Il y a lieu de relever en outre que la recourante a été hospitalisée récemment du 28 février au 13 mars 2008 à la Clinique genevoise de Montana, laquelle a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère avec somatisation, ce qui confirme l'appréciation de l'expert judiciaire. Les limitations cognitives importantes et consécutives à l'atteinte psychique ont enfin été objectivées par le Dr AB _____ et Mme M _____. L'avis de l'expert n'est ainsi pas valablement mis en doute par d'autres spécialistes.

Partant, il y a lieu d'admettre que rien que l'épisode dépressif moyen à sévère justifie en l'occurrence une incapacité de travail totale dans une activité professionnelle.

A cela s'ajoute qu'il convient également de reconnaître in casu au syndrome douloureux somatoforme persistant un caractère invalidant, en présence d'une comorbidité grave par sa durée et son acuité. Parmi les autres critères établis par la jurisprudence pour analyser le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une fibromyalgie, il y a lieu de retenir celui d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En effet, la recourante souffre de douleurs multiples depuis 2002. Par ailleurs, elle est atteinte d'un épisode dépressif moyen à sévère diagnostiqué pour la première fois par la Dresse C _____ fin décembre 2004. En dépit d'un traitement médicamenteux anti-dépresseur lourd, ainsi que des traitements anti-douleurs, son état ne s'est pas amélioré à ce jour. Par ailleurs, il appert qu'un état psychique cristallisé est réalisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit mais apportant un soulagement du point de vue psychique. En effet, comme relevé ci-dessus, malgré un traitement antidépresseur à dosage très important et un suivi psychiatrique, la symptomatologie douloureuse et dépressive persiste, de sorte qu'il n'y a aucun espoir d'évolution positive. De surcroît, ces atteintes sont la conséquence, de l'avis de l'expert judiciaire, d'événements de la vie adverses et très traumatisants, comme cela résulte de l'anamnèse de la recourante. Par conséquent, l'analyse des critères jurisprudentiels pour examiner si la recourante dispose de ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs révèle en l'espèce que tel n'est pas le cas.

Au vu de ce qui précède, une incapacité de travail totale doit être reconnue sur le plan psychiatrique dans n'importe quelle activité. Dans la mesure où la recourante travaillait à 70 %, il convient par conséquent de lui reconnaître un degré d'invalidité du même pourcentage, sans qu'il soit nécessaire d'examiner sa capacité de travail dans le ménage. Un tel degré lui ouvre le droit à une rente d'invalidité entière.

9. Cela étant, le recours sera admis et la décision attaquée annulée.
10. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui est attribuée à titre de dépens.
11. L'intimé qui succombe sera condamné à un émolument de justice de 200 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
 3. Annule la décision du 14 mars 2007.
- *3bis. Octroie une rente entière à la recourante dès le 1^{er} juin 2003. *rectification d'une erreur matérielle selon art. 85 LPA le 27.06.2008/CRA/RDH**
4. Condamne l'intimé à payer à la recourante une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens.
 5. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.
 6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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