REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2177/2006 **ATAS/984/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 13 novembre 2006

En la cause

Madame B_____, domiciliée , GRAND-SACONNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MAUGUE Eric	recourante

contre

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

Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente, Mesdames Isabelle DUBOIS et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Madame B_____ (ci-après : l'assurée), née le 1957, originaire de Tunisie, arrivée en Suisse en 1981, mariée en 1987 et mère de deux enfants E_____et Y_____nés en 1987 et 1993, a été engagée le 1er juin 1986 comme aide-hospitalière auprès de la clinique X_____(ci-après : l'employeur).

2. A ce titre, elle est assurée en prévoyance professionnelle auprès de la Caisse de prévoyance du personnel des établissements hospitaliers de Genève (ci-après : la CEH).

3. Le 11 juin 2001, le Dr A_____, spécialiste FMH en maladies rhumatismales en charge de l'assurée depuis le 29 mai 2000, a informé le Dr B_____, médecin-traitant de l'assurée depuis le 23 mars 2001, que celle-ci présentait des polyarthralgies avec rachialgies, un syndrome trophostatique, une symptomatologie compatible avec un impigiment du sus-épineux de l'épaule gauche et un syndrome algo-dysfonctionnel cervico-dorso-lombaire étagé. Il avait exclu un rhumatisme inflammatoire et un problème de thyroïde.

4. L'assurée a été en incapacité de travail totale du 29 mars au 27 août 2001.

5. Le 12 octobre 2001, le Dr C_____, gastroentérologue, a écrit au Dr B_____ que sa patiente présentait une constipation chronique avec, lors de poussées, des violentes douleurs épigastriques irradiant dans l'hyporhadre droit, nausées, céphalées et vomissements, ainsi qu'une hernie hiatale et gastrite modérée.

6. L'assurée a été en incapacité de travail du 29 avril au 5 mai 2002, puis dès le 6 mai 2002, elle a été durablement en incapacité de travail de 40 %.

7. Le 3 décembre 2002, le Dr D_____de l'Unité de proctalgie des ("établissement hospitalier") a relevé que la physiothérapie n'avait amené aucune amélioration. Il y avait toujours une non relaxation du pubo-rectal.

8. Un examen densitométrique osseux du 2 juin 2003 conclut à une ostéopénie diffuse, sévère au niveau du rachis lombaire.

9. Le 25 juin 2003, le Dr A_____ a attesté que la patiente présentait des douleurs articulaires erratiques faisant évoquer un tableau clinique de fibromyalgie, avec état dépressif sous-jacent.

10. Le 15 juillet 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations AI pour adultes.

11. Selon le questionnaire AI rempli par l'employeur le 24 juillet 2003, l'assurée travaille depuis le 1er janvier 2003 à raison de 4,8 heures par jour, 5 jours par semaine en raison d'une incapacité de travail pour maladie à 40 %, pour un salaire de Fr. 64'290.-.

L'assurée avait été absente à 100 % en 2001 du 6 janvier au 12 janvier à 100 %, du 29 mars au 30 mars, du 2 avril au 29 juillet, du 26 septembre au 27 septembre, en 2002 du 18 avril au 19 avril, du 29 avril au 5 mai et à 40 % du 6 mai au 31 décembre ainsi que depuis le 1er janvier 2003.

12. Le 29 septembre 2003, la Dresse E_____, spécialiste FMH psychiatrie et psychothérapie, ayant suivi l'assurée du 9 mai au 25 juin 2003 a rendu un rapport médical AI selon lequel les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : dysthymie depuis 1999, fibromyalgie depuis 1993 et ménopause précoce depuis 1992. La patiente était incapable de travailler à 50 % depuis deux ans. Le pronostic était très réservé compte tenu de l'ancienneté du symptôme réfractaire à tout traitement. Le trouble psychique était réactionnel à la fibromyalgie et au conflit de couple qui en découlait.

13. Le 15 octobre 2003, le Dr A_____ a rendu un rapport médical AI selon lequel l'assurée souffrait, avec incidence sur la capacité de travail, de cervico-dorsalgies récidivantes depuis 1995, d'un tableau clinique de fibromyalgie depuis 2000 et d'un état dépressif également depuis 2000. Elle était pour sa part incapable de travailler du 1er au 22 août 2003 et renvoyait aux certificats du Dr B_____. Le handicap rhumatismal secondaire aux douleurs entraînait une diminution de rendement de 60 %.

14. Le Dr B_____ a attesté dans un rapport médical AI du 20 novembre 2003 que sa patiente souffrait, avec répercussion sur la capacité de travail, de fibromyalgie depuis 2000, de constipation dysesthésique, rectocèle depuis 1970, d'un état dépressif depuis 1994 et d'une ostéoporose depuis 2003.

    Il relève que sa patiente accuse de migraines et d'une constipation chronique qui peut durer plus de 10 jours jusqu'à ce qu'elle prenne un laxatif et un lavement. Ces plaintes ont commencé dans l'adolescence. En 1994, la constipation chronique accompagnée de douleurs abdominales, nausées, vomissements et migraines lui provoque une forte dépression. Elle souffre à la même période de douleurs musculaires. A plusieurs reprises la patiente a dû arrêter de travailler plusieurs mois pour des douleurs abdominales, constipation chronique, migraine, douleurs articulaires et musculaires. Ces maladies somatiques étaient souvent suivies de longues périodes de dépression.

    Elle se plaint quotidiennement de constipation chronique, de nausées fréquemment accompagnées de vomissements et migraines, d'insomnie et de difficultés à se lever le matin à cause de sa dépression. Elle prend régulièrement des antalgiques et des anti-inflammatoires contre les douleurs articulaires et musculaires, des antidépresseurs ainsi que des laxatifs et effectue des lavements.

    Il constate une tuméfaction du visage, abdomen ballonné, douleurs épigastriques et diffus à tout l'abdomen. Arthralgies aux épaules et bras bilatéraux. Douleurs aux

hanches et jambes au repos et au mouvement. Lombosciatalgie avec invadiatiéris aux deux jambes.

L'incapacité de travail était de 100 % du 29 mars au 27 août 2001 et du 29 avril au 5 mai 2002 puis de 60 % du 6 mai 2002 au 1er août 2002 et à nouveau de 60 % dès le 16 septembre 2002. Vu l'anamnèse et la progression des différents symptômes des maladies, une invalidité à 100 % ainsi qu'une aide à domicile pour faire le ménage lui semblait la conséquence d'ici quelques mois.

L'activité exercée était exigible à 60 % car l'employeur avait adapté le travail mais la patiente n'arrivera plus qu'à travailler à 33,3 % en raison de la progression des maladies.

15. Le 13 février 2004, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) a émis un mandat au Service médical régional AI - SMR Suisse Romande (ci-après le : SMR) en observant que l'assurée présente une incapacité de travail de 40 % depuis le 6 mai 2002.

16. Le 6 avril 2004, l'employeur a établi un changement de contrat en ce sens que l'assurée était engagée dès le 1er mai 2004 avec un taux d'activité de 60 %, comme veilleuse de nuit, pour un salaire mensuel brut de 3'214 fr. 50.

17. Le 17 avril 2004, le droit de l'assurée aux prestations de l'assurance-maladie a pris fin.

18. Par courrier du 9 juin 2004, la CEH a informé l'assurée qu'elle lui versait dès le 18 avril 2004, à titre provisoire, une pension mensuelle d'invalidité de 40 %, au montant de 787 fr. 95, dans l'attente de la décision de l'OCAI.

19. Le 25 janvier 2005, le SMR Léman a noté que l'appréciation du Dr B_____ contraste avec celle des spécialistes qui diagnostiquent essentiellement une fibromyalgie et une dysthymie. Au sens de la jurisprudence, ces atteintes ne constituent pas des arguments pour établir une diminution de la capacité de travail.

20. Par décision du 15 février 2005, l'OCAI a rejeté la demande de rente de l'assurée en considérant que les atteintes à la santé de celle-ci ne diminuaient pas sa capacité de travail.

21. Par courrier du 18 février 2005, la CEH a informé l'assurée que, suite à la décision précitée de l'OCAI, la pension provisoire serait bloquée dès le 1er mars 2005.

22. Le 28 février 2005, l'assurée a fait opposition à la décision de l'OCAI du 15 février 2005. Elle fait valoir qu'elle souffre de douleurs multiples et diffuses dans tout le corps depuis des années, avec épuisement, insomnie, problème de concentration, de mémoire, angoisses. L'arrangement avec son employeur, soit un travail à 60 % de nuit, lui permettait de garder une capacité de travail car cette activité sollicitait moins son aptitude physique. Depuis des années, elle n'assumait pratiquement

aucune tâche ménagère. Elle passait la majorité de son temps au lit. Son époux avait dû réduire son temps de travail à 80 % et accepter un horaire de nuit pour être disponible pour la famille.

23. Suite à une demande de l'OCAI, un avis médical du SMR Léman du 14 mars 2005 relève qu'il est nécessaire d'effectuer un examen psychiatrique de l'assurée au SMR.

24. Le 30 mars 2005, l'assurée, représentée par Me Eric MAUGUE, a requis de la CEH la reprise des versements et le 12 juillet 2005, elle a adressé à la CEH une demande de prestation d'invalidité selon l'art. 27 al. 1 des statuts de la CEH du 17 novembre 2000 (ci-après : les statuts) à raison d'une incapacité de 40 % à remplir sa fonction ou tout autre fonction pouvant être raisonnablement exigée d'elle et désigné la Dresse E_____ pour faire partie de la commission médicale ad'hoc.

25. Le 3 octobre 2005, le Dr B_____ a adressé sa patiente au Dr F_____, médecin chef du service de rhumatologie des Hôpitaux Universitaires de Genève ("établissement hospitalier") en relevant qu'elle souffrait depuis 2000 de douleurs polyarthralgiques ainsi que de douleurs épigastriques et de céphalées. En même temps, elle accusait des lombosciatalgies et d'une raideur matinale qui pouvait se prolonger toute la journée. En plus, la patiente souffrait de problèmes d'évacuation des selles, constipation à l'extrême jusqu'à 10 jours. Ayant tous ces problèmes somatiques, elle avait fait une dépression grave avec des idées suicidaires en 2001. La patiente voulait absolument continuer à travailler car elle avait peur, sinon, de retomber dans une dépression grave.

26. Le 4 octobre 2005, le Dr F_____ a rendu un rapport médical estimant qu'il s'agissait sans doute possible d'une fibromyalgie associée à un état dépressif. La patiente avait un soutien psychiatrique et prenait un traitement antidépresseur. Elle était favorable à débuter un programme d'exercices à "établissement hospitalier". Le 12 octobre 2005, le médecin précise que la patiente a d'importantes difficultés dans son travail étant donné les douleurs et que, compte tenu de son affection rhumatismale, elle présente une capacité de travail dans son métier de 50 %.

27. Le 18 octobre 2005 la Dresse E_____ a attesté que le trouble somatoforme douloureux se présente sans rémission depuis l'an 2000 sous la forme d'une importante asthénie ayant une comorbidité avec des myalgies diffuses et des brûlures cutanées améliorées par des douches répétées et par l'immobilité absolue dans la pénombre, aggravées par le moindre effort, la constipation et par le conflit interpersonnel. Anamnestiquement elle ne peut effectuer la moindre tâche domestique ou sociale et est confinée au lit à domicile; elle ne se mobilise que pour effectuer son travail de veilleuse ou pour visiter les médecins. A ceci s'ajoute des douleurs abdominales diffuses et des crampes compliquées par des nausées et vomissements, un pyrrhosis, une constipation opiniâtre, un rectocèle et un abus ancien de laxatifs. Cette symptomatologie digestive est vécue sur un mode très persécutoire et hypothèque sévèrement toute tentative de traitement médicamenteux

per os dont les effets secondaires ont systématiquement un effet nocébo, comme par ailleurs toute intervention thérapeutique. C'est ainsi que toute tentative d'élever le seuil de tolérance à la douleur en administrant des antidépresseurs s'est soldée par un échec. Au status psychiatrique elle est en général plutôt euthymique et parfois légèrement subdépressive mais vite révoltée en réaction à son sentiment d'impuissance vis-à-vis de ses handicaps et les conflits qui monopolisent tout son vécu et son espace psychique. Il n'y a pas de troubles de la lignée psychotique et son discours est de type projectif et clivé lorsqu'il n'est pas alexithymique. La doctoresse confirme le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, de mauvais pronostic ayant résisté à tout traitement et pense que l'incapacité fonctionnelle se situe à environ 85 % dans son quotidien et qu'elle pourrait bénéficier des services d'une aide familiale. Traitement actuel; psychothérapie de soutien environ 1x/3 sem.

28. Le SMR a rendu le 31 octobre 2005 un rapport d'examen psychiatrique, signé par le Dr G_____.

Le travail de l'assurée à 60 % correspond à deux nuits par semaine de 19h45 à 7h15. Elle se lève avec difficulté entre 10h00 et 11h00 du matin, en fonction des possibilités de se mobiliser. Parfois, elle ne peut pas se lever. Ensuite, elle prend une douche afin de soulager les douleurs, environ pendant 1 heure. Puis elle prépare un café au lait et reste assise sur le canapé. Dit s'endormir fréquemment pendant une vingtaine de minutes, la TV allumée. Vers midi, s'installe à table avec sa famille ou sinon va au lit. Si elle se sent mieux, accompagne son fils faire quelques courses ou accompagne son mari. Vers 17 heures est au lit, si son mari est à la maison, reste avec lui au salon. Vers 19 heures, en fonction de sa mobilité, prend le souper avec sa famille. Vers 21 heures, les enfants vont se coucher. Plaintes : douleurs musculaires dans tout le corps ou une partie, maux de tête, brûlures dans le corps, a le moral à zéro, en a "ras le bol", troubles de la concentration.

Il s'agit d'une assurée de 48 ans, mariée et mère de deux enfants, aide-soignante. A cause des problèmes professionnels et de santé, a une activité à 60 %, la nuit, dès le 6 mai 2002.

L'anamnèse psychiatrique met en évidence un syndrome douloureux somatoforme persistant évoluant depuis 1993, accompagné, dès son début, d'une symptomatologie dépressive réactionnelle. Toutefois, l'assurée a pu faire face à son activé professionnelle, jusqu'au changement au niveau de sa hiérarchie. Dans un contexte d'harcèlement moral, va faire une tentative de suicide avec des médicaments avec une symptomatologie dépressive réactionnelle, qui a évolué favorablement après trois semaines d'hospitalisation en milieu somatique (clinique de Montana). L'apparition d'un conflit conjugal sévère, l'assurée a été victime de violence physique, a pu être surmonté avec le soutien d'une structure adéquate (Foyer Pertuis). Actuellement, le couple vit à nouveau ensemble. Ainsi, dans l'anamnèse, deux épisodes dépressifs réactionnels sont constatés. Ceci ne constitue

pas une maladie psychiatrique à l'origine d'une atteinte à la santé ayant comme conséquence une incapacité de travail de longue durée. Le rapport médical du Dr E_____ du 18 octobre 2005, au status psychiatrique décrit l'assurée comme étant euthymique et, parfois sub-dépressive mais vit révoltée en réaction à un sentiment d'impuissance.

L'examen psychiatrique du 31 octobre 2005 permet de constater un sentiment de détresse, une perte de confiance en soi, des ruminations existentielles et une perte d'intérêt pour les activités de la vie quotidienne. Cependant, l'assurée est capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne et de son activité professionnelle. Cette symptomatologie correspond au diagnostic d'une dysthymie au vu de la persistance des symptômes pendant plusieurs mois consécutifs. Ceci ne constitue pas une atteinte à la santé suffisamment sévère pour avoir comme conséquence une incapacité de travail partielle ou totale.

"En tenant compte de la présence d'un syndrome somatoforme douloureux, et de la jurisprudence le concernant (critères de Mosimann), une divergence entre les douleurs décrits et le comportement observé, accompagnées des plaintes démonstratives qui ne mobilise pas l'empathie de l'expert est constaté. Malgré l'allégation des lourds handicaps, l'intégrité de l'environnement psychosocial est intact, comme le confirme le regroupement familial; pour ceci, l'assurée a pu trouver les ressources psychiques nécessaires".

Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sont ceux de syndrome douloureux somatoforme persistant F 45.4 et dysthymie F 34.1.

29. Le 7 novembre 2005, le Dr H_____a écrit à la CEH qu'après étude approfondie des documents et en adéquation avec la procédure prévue dans le règlement de la CEH (art. 11 al. 5), il est en mesure d'établir un préavis favorable quant à l'octroi d'une rente à 50 % de la part de la CEH, et ce dès le 18 avril 2004. Par ailleurs, il n'était même pas improbable que ce pourcentage ne doive être augmenté d'ici quelques mois.

30. Le 17 novembre 2005, l'employeur a écrit à la CEH que "conformément à l'art. 11 al. 6 du règlement général de la CEH, nous vous informons que, à notre avis, l'état de santé de Madame B_____ ne lui permet pas de travailler au-delà de 60 %; ce taux d'activité, introduit le 1er mai 2004, semble, en effet, lui convenir puisque nous n'avons pas enregistré d'absence depuis".

31. Le 8 décembre 2005, la CEH a informé l'assurée qu'elle reprenait le versement de la prestation provisoire d'invalidité, rétroactivement au 1er mars 2005, en attente de la décision finale de l'AI. En cas de refus de celle-ci, le comité se prononcerait en toute liberté sur l'octroi ou non d'une pension ainsi que sur les éventuelles conditions d'octroi. Il ne découlait pas des statuts de droit à des prestations d'invalidité de fonction mais uniquement un droit en cas d'octroi de la rente de l'AI.

32. Le 24 janvier 2006, l'assurée a déposé par devant le Tribunal cantonal des assurances sociales une demande en "constatation de droit et en paiement de rentes d'invalidité pour enfants" contre la CEH concluant à ce que le Tribunal cantonal des assurances sociales dise et constate qu'elle a droit à des prestations d'invalidité de fonction à compter du 18 avril 2004, condamne la CEH à verser des rentes d'enfants en faveur de E_____et Y_____à compter du 18 avril 2004, condamne la CEH au versement d'un intérêt moratoire à 5 % à compter de chaque échéance mensuelle de la rente. Cette demande a été enregistrée sous n° A/238/2006.

33. Le 18 avril 2006, le SMR suisse romande a rappelé que le psychiatre SMR a conclu à un trouble somatoforme douloureux sans comorbidité invalidante et estimé que les critères de Mosimann n'étaient pas remplis.

34. Le 12 mai 2006, l'assurée a maintenu son opposition à la décision de l'OCAI du 15 février 2006 en relevant que les conclusions du SMR étaient en contradiction avec les avis des Drs F_____ et E_____ et que le mauvais pronostic était confirmé par le médecin-conseil de la CEH.

35. Le 18 mai 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée au motif que l'examen psychiatrique du 31 octobre 2005 selon lequel elle ne présentait aucune maladie invalidante était probant, que les avis des médecins-traitants ne pouvaient le remettre en cause et que celui, succinct et non motivé, donné par le Dr H_____dans son courrier du 7 novembre 2005, n'était pas non plus suffisant pour remettre en question les conclusions du spécialiste en psychiatrie du SMR.

36. Le 2 juin 2006, la CEH a informé l'assurée que, suite à la décision sur opposition de l'OCAI, la rente provisoire d'invalidité serait supprimée dès le 1er juin 2006 et que le comité se prononcerait encore sur l'octroi ou non d'une pension.

37. Le 15 juin 2006, l'assurée a recouru à l'encontre de la décision sur opposition de l'OCAI auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (cause A/2177/2006) en concluant à ce qu'il soit dit qu'elle a droit à un quart de rente d'invalidité avec effet à mai 2004. Une expertise interdisciplinaire aurait dû être pratiquée. C'était à tort que le SMR retenait une divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, accompagnées de plaintes démonstratives, qui ne mobilisent pas l'empathie de l'expert ainsi qu'un environnement psychosocial intact confirmé par le fait que la recourante a pu surmonter ses difficultés conjugales. Son rapport devait être écarté. Le Dr F_____ estimait qu'une incapacité de 50 % était justifiée.

38. le 26 juin 2006, le Tribunal de céans a entendu les parties ainsi que le Dr H_____en audience de comparution personnelle et d'enquête dans le cadre de la procédure A/238/2006.

    La demanderesse a déclaré :

"Depuis 1986 j'exerce comme aide-soignante à la clinique de Jolimont. Toutefois en mai 2002 mon activité a été réduite à 60 % et modifiée en ce sens que je ne travaille plus que la nuit, ce qui me permet de tenir le coup; en effet, le travail de jour est plus astreignant car l'aide-soignante doit courir partout. De cette manière, j'ai aussi plus de jours de congé d'affilée. Je travaille en principe deux nuits consécutives suivies de 4 à 5 nuits de repos, voire plus. Le travail de jour à 60 % exige plus de présence que le travail de nuit ce que je ne pourrais plus assumer. En réalité je travaille à 45 % car je bénéficie d'un abattement de 15 % dû au travail de nuit".

Elle demandait l'octroi d'une rente définitive en raison d'une incapacité de travail de 40 %.

La CEH a déclaré que selon ses statuts la notion d'invalidité est entièrement similaire à celle de l'AI.

Le Dr H_____a notamment déclaré :

"Je suis médecin-conseil depuis 1998. Je n'ai pas examiné personnellement Mme B_____, j'ai téléphoné à ses médecins traitants, soit le Dr B_____, en mars 2004 puis à nouveau en octobre-novembre 2005, le Dr I_____et la Dresse E_____.

Au vu de ce que les médecins traitants ont déclaré j'ai pu confirmer leur diagnostic. Il s'agissait d'un état dépressif fluctuant accompagné d'une fibromyalgie. En mai 2004, j'ai estimé que la rente provisoire d'invalidité devait être allouée à Mme B_____. Le 7 novembre 2005 j'ai ensuite estimé qu'une rente à 50 % était justifiée sur la base des constatations médicales des médecins précités.

Je me rappelle qu'entre 2004 et 2005 Mme B_____ avait déjà bénéficié d'un poste allégé au sein de la clinique et que malgré ce fait sa situation professionnelle était difficile, limite. Selon cette constatation, un temps de travail supérieur à 50 % ne me paraissait pas possible même dans un poste allégé.

Selon mon avis, actuellement Mme B_____ souffre d'une atteinte durable à sa santé entraînant une incapacité de travail partielle durable dans son activité d'aide-soignante mais aussi dans toute autre activité au sein de la clinique.

Dans le cas de Mme B_____ la commission médicale a été consultée. En réalité en accord avec le directeur j'ai téléphoné aux deux médecins concernés soit le Dr J_____, médecin-conseil de l'employeur, et la Dresse E_____, médecin désignée par l'assurée. Nos avis convergeaient en ce sens que Mme B_____ était incapable de travailler à plus de 50 %. Je n'ai pas été consulté par l'assurance-invalidité, ni la commission médicale.

Je n'ai jamais eu connaissance des avis des médecins de l'assurance-invalidité. En général je ne les reçois pas. Je ne connais pas le suivi des dossiers qui me sont soumis, je me borne à rendre un avis sur la recevabilité de rente provisoire. Je n'ai pas le souvenir d'avoir été consulté sur une demande de rente définitive d'invalidité.

Le dossier AI ne m'est en général pas soumis. J'ai toutefois connaissance des rapports médicaux AI des médecins traitants auxquels je m'adresse, voire parfois d'autres documents médicaux du dossier AI transmis par les médecins traitants. La CEH ne me demande pas de prendre connaissance du dossier AI mais je suis supposé prendre connaissance de tous les documents médicaux pertinents.

La CEH ne m'a jamais reproché de donner des préavis trop succincts. Je précise que celui du 7 novembre 2005 est un préavis qui n'est pas destiné à un médecin et qui est volontairement succinct quoi qu'en pensent les médecins de l'AI.

Je précise qu'il y a aussi dans le cas de Mme B_____ d'autres diagnostics physiques ayant nécessités des traitements par des professeurs de l'Hôpital qui se sont révélés inefficaces ce qui a pu contribuer à maintenir l'état dépressif. Ces informations m'ont été données par le médecin-traitant.

Pour moi le cas de Mme B_____ est une situation archi-claire dans le sens d'une incapacité de travail à 50 %. Cela était également le cas pour les médecins que j'ai consulté".

39. Le 4 juillet 2006, la CEH a informé l'assurée que le comité avait décidé de ne pas lui octroyer de prestation d'invalidité selon l'art. 27 al. 3 des statuts.

40. Le 11 juillet 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours.

41. Le 22 août 2006, le Dr K_____, spécialiste FMH psychiatre et psychothérapeute, a rendu un rapport d'expertise à la demande de l'assurée. L'expert relève que les douleurs de l'assurée sont apparues depuis la naissance de son fils. Auparavant elle était active et entreprenante. Un conflit de couple s'est d'autre part développé ces dernières années. L'expertisée dit souffrir d'une fibromyalgie et avoir souffert d'une dépression. Elle se plaint d'être fatiguée. Elle travaille actuellement à 60 % et aimerait diminuer son temps de travail à 50 %. Elle se plaint de passer plus de temps alitée que debout. Elle dit avoir de la peine à assumer ses tâches ménagères : elle ne fait plus le ménage, elle ne cuisine pas, elle ne sort plus. Elle n'a plus de rapports avec son mari. Elle a mal tout le temps, partout dans le corps. Elle se sent épuisée.

    Les diagnostics posés sont :

    - Trouble mixte de la personnalité avec traits histrioniques et caractériels (F60.9).

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10).
- Trouble panique (F41.0).
- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).
- Infections urinaires hautes à répétition (N39.0).
- Thalassémie mineure (D56.9).
- Constipation chronique sur rectocèle (K59.0, N81.6).
- Ostéoporose (M81.9).

L'expertisée présente une symptomatologie complexe qui peut donner l'impression qu'elle tire des bénéfices secondaires majeurs des troubles dont elle souffre. Néanmoins la situation qu'elle décrit manifeste une profonde tristesse. Cette expertisée présente, de l'avis de tous les médecins qui l'ont examinée, un syndrome douloureux somatoforme persistant ou une fibromyalgie. Ce trouble est chronique. Il est apparu après l'accouchement de 1993 et s'est progressivement aggravé jusqu'en 2000. Il est maintenant bien enkysté et n'évolue plus. Toutes les tentatives de traitement ne permettent plus aucune amélioration. Le problème majeur que pose la symptomatologie de cette expertisée est de caractériser le trouble thymique dont elle souffre, soit après examen un trouble dépressif avec anhédonie, troubles du sommeil, fatigue constante, des troubles de l'appétit, une diminution de l'estime de soi et un retrait social. Enfin, cette expertisée frappe également les médecins qui l'examinent par sa rigidité, ses capacités de mentalisation très limitées, les relations conflictuelles avec son entourage et une manière de se présenter en malade. Mais il est évident que cette patiente ne simule pas les souffrances et les douleurs qu'elle décrit. Elle n'amplifie pas non plus les douleurs pour des raisons psychologiques. L'expertisée présente donc une comorbidité psychiatrique importante et qui aggrave considérablement le syndrome douloureux dont elle souffre. Cette comorbidité se compose d'un trouble dépressif et d'un trouble panique, en plus d'un trouble de la personnalité.

Cette expertisée présente des capacités d'adaptation et de mentalisation très limitées. Les douleurs sont ancrées comme expression de la souffrance psychique. Le trouble de la personnalité ainsi que le trouble dépressif limitent de manière invalidante les capacités de résilience de l'expertisée. L'expertisée n'est plus à même aujourd'hui de surmonter par sa volonté et ses ressources psychiques les troubles dont elle souffre depuis de longues années.

Cette expertisée peut encore travailler dans une activité adaptée où les exigences ne sont pas trop élevées. Elle ne peut plus supporter des situations de stress ni des exigences de rendement élevées. Le travail actuel de veilleuse de nuit est adapté. Elle ne peut plus travailler à plein temps et doit limiter son activité à un mi-temps, voire à 60 %.

L'expertisée ne tient plus son ménage. Elle n'a plus aucune relation sociale et vit une vie conjugale conflictuelle. Elle affirme n'être plus à même de gérer elle-même ses affaires. L'influence de ces troubles est donc considérable sur sa vie courante.

Elle ne peut travailler qu'à mi-temps, voire à 60 % au plus. Le traitement antidépresseur n'a pas modifié la symptomatologie.

Il y a une discordance entre les plaintes que présente l'expertisée et l'observation de cette dernière lors des entretiens qu'il avait eus avec elle. En effet, elle décrit des douleurs qui ne sont pas présentes de manière manifeste lors des entretiens. Néanmoins, cette expertisée n'exagère pas ses plaintes ni ne simule. Elle vit réellement une vie très rétrécie, passe des journées au lit, ne fait plus son ménage et souffre constamment. Il ne peut pas confirmer que son environnement psychosocial est intact car sa vie de famille est conflictuelle même si les violences conjugales ont cessé actuellement. Elle ne laisse pas l'expert indifférent ou insensible. En effet, il perçoit une profonde tristesse et une perte d'espoir.

42. Le 31 août 2006, la recourante a répliqué que l'expertise du Dr K_____ permettait de mettre très sérieusement en doute les conclusions du rapport du Dr G_____. Cette expertise confirmait les rapports des Drs B_____, A_____, E_____, F_____ et L_____.

43. Le 26 septembre 2006, l'OCAI, dans sa duplique, a estimé que l'expertise du Dr K_____ n'était pas susceptible de modifier l'appréciation du cas. Il s'est référé à un avis du SMR du 21 septembre 2006 selon lequel l'assurée avait une pleine capacité de travail exigible et une absence de pathologie invalidante.

44. Par arrêt du 13 octobre 2006, le Tribunal de céans a admis la demande de l'assurée (cause A/238/2006) et condamné la CEH à lui verser une rente de 40 % pour elle-même et ses deux enfants dès le 18 avril 2006.

    Il a estimé que la notion d'invalidité ressortant des statuts de la CEH était plus large que celle de l'AI et que l'appréciation du caractère invalidant d'un TSD ou d'une fibromyalgie dépendait de l'appréciation médicale de la commission prévue par les statuts.

45. Le 6 novembre 2006, le Tribunal de céans a versé un certain nombre de pièces du dossier A/238/2006 dans la présente procédure.

46. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, le présent recours concerne une demande de prestations de l'AI déposée le 15 juillet 2003, visant l'obtention d'un quart de rente dès le 1er mai 2004, à savoir à une date postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, le présent cas sera soumis à la LPGA, étant précisé que les règles de procédure, quant à elles, s'appliquent sans réserve dès le jour de l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1., 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

   Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont également applicables (ATF 127 V 467 consid. 1).

4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'AI et plus précisément sur le caractère invalidant de ses troubles de santé.

6. a) 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 le 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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

   Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

   b) L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

   Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la

comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

c) 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).

7. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s’applique aussi bien en procédure administrative qu’en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l’art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l’administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se

fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

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. Ainsi, 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). Au demeurant, l'indépendance et l'impartialité des experts des COMAI, exigées par les art. 4 aCst. et 6 par. 1 CEDH, est réputée garantie (cf. ATF 123 V 175 et JAAC 1998 n° 95 p. 917 ; ATFA du 21 avril 2004, I 621/03, consid. 4).

8. 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 encore 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).

9. a) 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).

10. La jurisprudence du TFA relative à l'examen du caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail de l'assuré souffrant d'un TSD ou de fibromyalgie doit être considérée comme restrictive. En effet, dans plusieurs arrêts récents, le TFA a estimé, suivant l'avis de l'OCAI et contrairement aux arrêts du Tribunal de céans, que le TSD ou la fibromyalgie présenté par l'assuré(e) n'entraînait pas une limitation de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité.

    Dans la plupart de ces cas, une expertise pluridisciplinaire du COMAI avait conclu à une incapacité de travail de l'assuré(e) entre 50% et 80% et celui-ci (celle-ci) présentait, en sus du TSD ou de la fibromyalgie, un état dépressif moyen, voire un trouble de la personnalité (ATFA du 20 mars 2006 cause I 644/04, du 22 février 2006 cause I 506/04, du 4 février 2006 cause I 580/04, du 29 novembre 2005 cause I 665/04, du 12 septembre 2005 cause I 497/04, du 24 août 2005 cause I 752/04, du 16 août 2005 cause I 539/04, du 8 juin 2005 cause I 361/04, du 2 mars 2005 cause I 690/04).

    Seul le critère des affections corporelles chroniques a parfois été retenu (ATFA du 8 juin 2005 cause I 361/04, du 12 septembre 2005 cause I 497/04, du 24 août 2005 cause I 752/04, du 2 mars 2005 cause I 690/04), les autres critères n'étant pas admis.

11. a) En l'espèce, la recourante souffre, de l'avis des médecins consultés, d'une fibromyalgie ou d'un syndrome somatoforme douloureux. En particulier, ce diagnostic a été posé par trois psychiatres, soit la Dresse E_____, le Dr G_____ et le Dr K_____. Il convient ainsi de se demander si les facteurs jurisprudentiels exposés ci-dessus sont réunis ou non pour déterminer si la recourante dispose des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs et réintégrer le processus de travail dans une mesure plus importante que le 60 % actuellement exercé.

    Du point de vue de la comorbidité psychiatrique, les diagnostics posés par les médecins consultés soit un état dépressif sous-jacent (Dr A_____ le 25 juin et

le 15 octobre 2003), une dysthymie (Dresse E_____ le 29 septembre 2003 et Dr G_____ le 31 octobre 2005), un état dépressif (Dr B_____ le 20 novembre 2003 et Dr F_____ le 4 octobre 2005) et un trouble mixte de la personnalité avec traits histrioniques et caractériels, trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, et trouble panique (Dr K_____ le 22 août 2006) ne peuvent constituer, au regard des critères jurisprudentiels précités, une comorbidité psychiatrique autonome du trouble fibromyalgique.

Au demeurant, le diagnostic de "dépression grave avec idées suicidaires en 2001" posé par le Dr F_____ le 3 octobre 2005 est manifestement lié à une période particulière de la vie de la recourante et n'a pas été constaté sur la durée par les autres médecins psychiatres qui relèvent seulement un degré moyen d'un trouble dépressif.

b) Il convient dès lors d'examiner les autres critères consacrés par la jurisprudence.

En premier lieu, l'on doit admettre l'existence d'affections corporelles chroniques puisque la recourante souffre de cervico-dorsalgie depuis 1995 (avis du Dr A_____ du 15 octobre 2003), d'une symptomatologie digestive se traduisant pas une constipation dysesthésique rectocèle avec migraines, nausées, vomissements et insomnies (avis de la Dresse E_____ du 18 octobre 2005 et du Dr B_____ du 20 novembre 2003).

S'agissant de l'état psychique cristallisé, il ressort des pièces médicales au dossier que la recourante a subi des attouchements sexuels de la part de son père entre l'âge de cinq et six ans, un harcèlement moral sur le lieu de travail ayant entraîné un état dépressif réactionnel avec une tentative de suicide médicamenteuse. Par la suite, elle a été victime de violences conjugales physiques et a dû quitter le domicile avec ses enfants pour se réfugier dans un foyer.

Selon le Dr B_____, elle a pris régulièrement des antalgiques et des anti-inflammatoires contre les douleurs articulaires et musculaires, effectué des séances de physiothérapie de rééducation et un traitement de toxine botulinique. Elle a aussi pris quotidiennement des antidépresseurs (avis du 20 novembre 2003). Le Dr A_____ lui a administré du Seropram pour les douleurs musculo-squelettiques (avis du 15 octobre 2003). La recourante suit une psychothérapie de soutien (avis du SMR du 31 octobre 2005). Elle a par la suite suivi les traitements médicamenteux prescrits mais s'est trouvée confrontée à d'importants effets secondaires sur la symptomatologie digestive expliquant l'échec de l'administration d'antidépresseurs et amenant la Dresse E_____ à conclure à un TSD de mauvais pronostic ayant résisté à tout traitement (avis du 18 octobre 2005). Toutefois, le Dr K_____ a attesté le 22 août 2006 que la recourante était actuellement sous antidépresseur sans que cela ne modifie significativement la symptomatologie.

Au vu de ce qui précède, la recourante présente des éléments biographiques difficiles plaidant en faveur d'un état psychique cristallisé (ATFA précité I 644/04), ce d'autant qu'il n'a pas été constaté une attitude revendicative donnant à penser qu'elle chercherait une compensation de ses souffrances par l'AI. Au contraire, le Dr B_____ a relevé qu'elle voulait absolument continuer à travailler (avis du 3 octobre 2005). Par ailleurs, elle a subi les traitements prescrits sans amélioration notable de son état. A cet égard, la période attestée par la Dresse E_____ de cessation des antidépresseurs s'explique non pas par une mauvaise compliance mais par des effets secondaires importants. Il est aussi à noter qu'en 2006, selon le Dr K_____, la recourante avait repris un traitement médicamenteux d'antidépresseurs mais sans amélioration de la symptomatologie. Enfin, ce dernier médecin relève que les douleurs sont ancrées comme expression de la souffrance psychique.

S'agissant de la perte d'intégration sociale, le Dr K_____ a considéré que la recourante n'avait plus aucune relation sociale et vivait une vie conjugale conflictuelle. Cependant, dès lors qu'elle vit avec ses enfants, qu'elle accompagne parfois son fils ou son mari faire des courses et qu'elle prend le souper avec sa famille (cf. examen du SMR du 31 octobre 2005), on ne saurait admettre qu'elle subi une perte d'intégration sociale dans toute les manifestations de sa vie. Toutefois, elle vit de façon très retirée et il convient également de souligner que sa vie de famille, en particulier ses rapports conjugaux ont été source de conflits et de violences physiques sévères à son égard, ce qui fait que l'on ne saurait admettre qu'elle bénéficie d'une vie familiale épanouie (ATFA précité I 580/04) dans laquelle elle puiserait des ressources psychiques (ATFA du 19 juillet 2006, cause I 353/05). Aussi, même si ce critère ne peut être admis, il convient de tenir compte, dans l'examen global du cas, de la précarité de la situation familiale de la recourante. Par ailleurs, l'on ne saurait retenir une vie sociale épanouie dans le cadre du travail dès lors que celui-ci est effectué uniquement à 45 % pendant les heures de nuit.

Ainsi, sont en l'espèce réalisés les critères des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, d'un état psychique cristallisé et de l'échec des traitements conforme aux règles de l'art malgré l'attitude coopérative de la recourante. Par ailleurs, et comme on l'a vu, une certaine perte d'intégration sociale existe, même si l'on ne peut l'admettre au sens des critères restrictifs du TFA comme ayant lieu dans toutes les manifestations de la vie.

12. Au vu de ce qui précède, il convient de conclure, malgré l'âge moyen de la recourante (née en 1957) que l'on ne saurait exiger de celle-ci qu'elle exerce une activité lucrative au-delà du temps de travail actuel, soit un 45 % équivalent - en raison de la majoration du travail de nuit - à un 60 %.

A cet égard, le médecin-conseil de l'employeur, celui de la CEH ainsi que l'employeur lui-même ont constaté que la recourante souffrait d'une atteinte à sa

santé entraînant une incapacité de travail partielle durable dans son activité d'aide-soignante et que celle-ci ne pouvait d'ailleurs travailler à plus de 50 %, la situation étant pour ces médecins "archi-claire" (cf. Procès-verbal du 26 juin 2006). Quant au Dr K_____, il a estimé également qu'elle ne pouvait travailler au maximum qu'à 60 % et que, à cet égard, son emploi de veilleuse de nuit était adapté. Enfin, contrairement à l'avis du SMR (examen du 31 octobre 2005 p. 3), le fait que la recourante puisse faire face aux exigences de son activité professionnelle ne saurait être retenu comme un critère diminuant l'importance de sa symptomatologie médicale dès lors qu'il apparaît justement que la recourante, qui souhaite maintenir une activité professionnelle, a su mettre les ressources psychiques dont elle dispose pour vaincre ses douleurs et maintenir une activité professionnelle dont il convient de souligner qu'elle est partielle et adaptée. Par ailleurs, le Dr K_____ a également relevé que la recourante disposait de capacités de mentalisation et d'adaptation très limitées.

Il convient en conséquence d'admettre que la recourante présente une incapacité de travail durable de 40 % dans son activité d'aide-soignante.

13. Conformément au consid. 6 b) Supra, l'invalidité se calcule en comparant le revenu sans invalidité, soit en l'espèce le travail d'aide-soignante à 100 %, avec le revenu d'invalide, soit l'activité de veilleuse de nuit équivalant à un 60 %, de sorte que le taux d'invalidité est de 40 %, lequel donne droit à un quart de rente.

    La recourante présente une incapacité de travail de 40 % depuis le 6 mai 2002 (cf. questionnaire AI pour l'employeur, mandat SMR du 13 février 2004, et examen SMR du 31 octobre 2005).

    Elle a ainsi droit à une rente d'invalidité au taux de 40 % dès le 7 mai 2003, sous réserve d'une surindemnisation, les prestations de l'assurance-maladie ayant été versées jusqu'au 17 avril 2004.

14. Selon l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe.

    En l'espèce, la rente précitée devra porter intérêts à 5 % dès le 7 mai 2005.

15. Le recours sera en conséquence admis et la décision sur opposition de l'intimé du 18 mai 2006 annulée.

    Il sera dit que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 7 mai 2003, au sens des considérants, avec intérêts à 5 % dès le 7 mai 2005.

16. Une indemnité de fr. 1'500.- sera allouée à la recourante à charge de l'intimé.

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

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.

3. Annule la décision sur opposition de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du 18 mai 2006.

4. Dit que Madame Mamia B_____ a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 7 mai 2003, avec intérêts à 5 % dès le 7 mai 2005, au sens des considérants.

5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de fr. 1'500.-.

6. Dit que la procédure est gratuite.

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

La greffière	La présidente
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

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