

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2187/2007

ATAS/634/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 30 mai 2008

En la cause

Madame F_____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître EMERY Jacques

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Luis
ARIAS, Judges assesseurs.**

EN FAIT

1. Madame F_____, mariée une première fois le 6 janvier 1996 et une seconde fois le 7 avril 2000, mère de 2 enfants l'un né en 1997 du premier mariage, et l'autre en 2003, de nationalité portugaise est arrivée en Suisse en 1997. Elle est titulaire d'une autorisation de séjour B.
2. Elle a été employée comme serveuse au café-restaurant X_____ du 1^{er} juillet 2000 au 31 janvier 2001 à raison de 42 heures par semaine pour un salaire mensuel de 3'000 fr., puis du 8 octobre 2001 au 2 août 2002 elle a travaillé comme employée d'entretien pour l'entreprise Y_____SERVICE, avec un salaire horaire de 18 fr. pour 40 heures par semaine.
3. Depuis le 25 mai 2002, elle a été en incapacité totale de travailler.
4. L'assurée a perçu des indemnités de l'assurance perte de gain.
5. Le 30 juin 2002, elle a déposé une demande de rente de l'assurance-invalidité en mentionnant un trouble de l'humeur et des douleurs dorsales.
6. Le 21 juillet 2003, le Dr L_____ a rempli un rapport médical AI dans lequel il diagnostique un état dépressif sévère depuis mai 2002 et une fibromyalgie depuis 2001. Il relève que l'assurée subissait depuis deux ans de mauvais traitements de son époux, ce qui avait péjoré son état algique d'une façon diffuse entraînant des insomnies. Elle souffrait de douleurs diffuses sous-forme, de brûlures, de douleurs cervico-dorso-lombaires, de céphalées, d'enflures aux coudes et genoux, de ballonnements, de fatigue intense, d'anxiété et de tristesse. 15 points de fibromyalgies étaient positifs. L'incapacité de travail était totale depuis le 25 mai 2002 dans toute activité en raison de l'état algique et psychique.
7. Le 28 octobre 2003, la division des urgences des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) a établi un constat médical dont le diagnostic est celui de contusions multiples (bras droit), dermabrasion du visage à la suite d'un conflit avec son mari et son beau-frère.
8. Le 29 novembre 2003, le Dr M_____, spécialiste FMH psychiatrie et psychothérapie, a attesté d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11), depuis le 25 mai 2002 et d'une personnalité dépendante (F 60.7). Il suivait la patiente depuis le 15 juin 2001. Dans le contexte d'une vie familiale perturbée, étaient apparus une dépression récurrente et des somatisations sous forme de dorsalgies invalidantes et migraines, des grandes faiblesses. Elle était incapable de faire son activité ménagère et de s'occuper correctement de ses enfants. L'incapacité de travail était de 70% et on ne pouvait exiger de l'assurée une autre activité.

9. Le 15 juillet 2005, le Dr N_____ a rempli un rapport médical AI dans lequel il diagnostique une fibromyalgie et un état dépressif. Il suivait la patiente depuis le 20 juin 2005. L'assurée était une femme battue, tant par son premier mari, actuellement en prison, que par son second mari. Il ne pouvait encore se prononcer sur les capacités professionnelles et l'évaluation de la demande de rente.
10. Le 26 août 2005, l'assurée a été examinée au SMR par un médecin psychiatre et un médecin rhumatologue, les Drs O_____ et P_____.
11. Le 15 septembre 2005, l'assurée, représentée par un avocat a informé l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) que la Dresse O_____ avait mis en doute, lors de l'examen du 26 août 2005 tout ce qu'elle disait en essayant de l'intimider en lui disant notamment qu'elle mentait. Le rhumatologue l'avait manipulée sans ménagement en niant qu'elle pouvait avoir mal. Elle avait dû consulter un médecin à la suite de cet examen. Elle demandait en conséquence la récusation des experts qui l'avaient examinée.
12. Le 20 septembre 2005, le Dr Q_____, à Annemasse, a déclaré qu'il suivait l'assurée depuis le 6 septembre 2004 en raison de lombalgies à répétition, de cervicalgies récidivantes et de gonalgies bilatérales. Il s'agissait de cervico-dorso-lombalgies communes avec une forte composante musculaire, fissures méniscales bilatérales évoluant par crises algiques avec impotence fonctionnelle des membres inférieurs.
13. Le 26 septembre 2005, l'OCAI a écrit à l'assurée qu'il n'y avait aucun motif de récusation. Le 29 septembre 2005 et le 9 janvier 2006, l'assurée a persisté dans sa demande de récusation.
14. Le 26 septembre 2005, les Drs O_____ et P_____ du SMR ont rendu un rapport médical suite à l'examen de l'assurée du 26 août 2005. La Dresse O_____ l'a signé "Psychiatrie FMH".

L'assurée se plaint de douleurs diffuses, continues, ayant anamnestiquement débuté quelques mois après son deuxième mariage en 2000. La symptomatologie est décrite comme constante, elle peut être aussi bien exacerbée par l'activité physique que le repos. Associé à cette symptomatologie algique diffuse, l'assurée déclare un état de fatigue extrême avec faiblesse au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Description de céphalées en hémicrânialgies droites avec perturbation de la vision, accompagnées de nausées sans vomissement, taxées de migraine. Cette symptomatologie est apparue aussi quelques mois après son deuxième mariage en 2000. Actuellement, l'assurée déclare des migraines quasi quotidiennes nécessitant la prise d'antimigraineux quasi tous les jours.

En 1997, suite à la violence et à l'alcoolisme de son mari, l'assurée est battue sauvagement et son état nécessite une hospitalisation à l'hôpital cantonal de Genève. Elle décrit une humeur dépressive réactionnelle qui n'a pas nécessité de

prise en charge psychiatrique ni de traitement médicamenteux. En 2000, le deuxième mari de l'assurée la frappe également. Elle a de plus en plus de difficultés à subir la violence de son mari, mais surtout la prise en charge de ses deux enfants. Elle se sent complètement dépassée par la situation. Sur la base du status psychiatrique, l'assurée ne présente pas de symptômes en faveur d'une quelconque maladie psychiatrique invalidante.

Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sont fibromyalgie 79.0, gonalgies modérées bilatérales anamnestiques dans un contexte de trouble dégénératif débutant siégeant essentiellement au niveau fémoro-patellaire associées à des images radiologiques compatibles avec une mini déchirure des ménisques internes bilatéraux, difficultés liées à l'environnement social (difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie et difficultés liées à l'acculturation). Z60.0 et Z60.3.

Les conclusions diagnostics du Dr M_____ reposent sur les informations anamnestiques de l'assurée en l'absence de tout document médical. Jusqu'au 15 juin 2001, l'assurée n'a jamais bénéficié d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire ou hospitalière ni d'un traitement médicamenteux psychotrope. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec épisode actuel moyen était contesté. L'assurée présente également une structure de personnalité dépendante avec des traits passifs agressifs qui n'a aucune incidence sur la capacité de travail. La structure de personnalité n'a pas empêché l'assurée d'assumer une vie socioprofessionnelle normale. Dans sa vie privée, la structure de personnalité, les difficultés de l'adaptation, l'illettrisme, les soucis financiers et les difficultés d'assumer seule l'éducation de ses deux enfants, ont favorisé les difficultés de l'adaptation. La structure de personnalité ou le fonctionnement de la personnalité ne représente pas un trouble de la personnalité et n'a aucune valeur invalidante. En conclusion, sur la base de l'examen clinique psychiatrique et des informations anamnestiques fournies par l'assurée, le diagnostic de trouble dépressif récurrent et de personnalité dépendante, retenues par le psychiatre traitant a été écarté. Par conséquent, sur le plan psychiatrique, l'assurée ne souffre d'aucune maladie psychiatrique invalidante. La capacité de travail exigible est entière dans toute activité.

15. Le 17 novembre 2005, le Dr V_____, médecine interne FMH du SMR, a attesté qu'il n'y avait aucun diagnostic entraînant une incapacité de travail de longue durée.
16. Par décision incidente du 11 janvier 2006, l'OCAI a rejeté la demande de récusation en considérant que l'art. 44 LPGA ne s'appliquait pas aux médecins de l'administration et que l'assurée n'avait pas fait valoir ses motifs immédiatement, puisqu'elle s'était laissée examiner. Enfin, il s'agissait plutôt d'une contestation de la valeur probante du rapport médical du SMR.
17. Le 30 janvier 2006, le Dr M_____ a déclaré ne pas partager l'avis psychiatrique du SMR. La patiente souffre d'un trouble dépressif récurrent, c'est-à-

dire qui a commencé bien avant et pour lequel elle a été traitée par son médecin généraliste par des antidépresseurs. Par la suite, il a continué à la traiter par des antidépresseurs et il a ajouté des anxiolytiques pour parer à ses angoisses. Il est donc faux d'alléguer qu'elle ne prend pas de médicaments psychotropes. La patiente souffre bel et bien d'un trouble de la personnalité dépendante et non pas d'une structure dépendante; d'ailleurs ce diagnostic n'existe, à sa connaissance, pas. Son trouble de la personnalité s'est surtout manifesté en réaction aux problèmes adverses (conflit conjugal) aggravant le tableau clinique de la dépression et là même son incapacité de travail. Il n'est pas d'accord non plus sur le terme "difficultés d'adaptation" utilisé par le SMR. Sa patiente est très bien adaptée à la Suisse et peut fonctionner correctement si l'on ne l'agresse pas, si l'on ne décompense pas sa personnalité fragile. Enfin, il ne pense pas du tout qu'elle est "manipulatrice". La patiente est tout simplement une femme qui souffre réellement et qu'il faut reconnaître cette souffrance et ses conséquences.

18. Le 1^{er} février 2006, l'assurée a informé l'OCAI que sa requête en récusation était effectivement tardive. Cependant, les experts se devaient d'être impartiaux, ce qui n'était pas le cas en l'espèce, critiques d'ailleurs confirmées dans un autre dossier et par des médecins informés par leurs patients.
19. Le 16 février 2006, le Dr R_____, médecin généraliste, de la permanence médico-chirurgicale des Acacias a attesté qu'il suivait l'assurée depuis le 15 janvier 2005, qu'elle souffrait de fibromyalgie, de scoliose à droite avec hyperlordose et de troubles psychique importants avec angoisse et dépression qui l'empêchent d'avoir une vie sociale normale et nécessitent la prise en charge par l'assurance-invalidité.
20. Par projet de décision du 16 mars 2007, l'OCAI a rejeté la demande de prestations en se référant à l'avis médical du SMR.
21. Le 2 mai 2007, l'assurée a écrit à l'OCAI que les experts s'étaient montrés agressifs et hostiles en ignorant ses propos, ce qui excluait toute valeur probante à l'examen du SMR. Le Dr M_____ avait attesté d'un trouble dépressif récurrent ayant débuté avant juin 2001. Elle s'était très bien adaptée à la Suisse puisqu'elle y vivait depuis 10 ans. Son état dépressif avait été alimenté par des violences conjugales. Le rapport ne faisait pas mention de scoliose avec hyperlordose relevée par le Dr R_____. Elle demandait une nouvelle expertise rhumatologique et psychiatrique.
22. Le 17 avril 2007, le Dr N_____ a attesté que l'assurée souffre d'une fibromyalgie qui est une maladie d'origine psychologique entraînant des troubles d'ordre physiologique. Dans son cas, les symptômes sont des douleurs ostéoarticulaires diffuses, des maux de tête, un grand état de fatigue avec une sensation de perte de force. L'assurée est en incapacité de travail à 100%. Son état est stationnaire depuis le 31 août 2005.

23. Le 20 avril 2007, le Dr M_____ a attesté que l'état de l'assurée s'était aggravé depuis son dernier avis du 30 janvier 2006 par une dépression grave, tristesse, découragement, sentiments d'échec et dévalorisation, impossibilité de ressentir du plaisir, inhibition psychomotrice et idéomotrice. Troubles somatiques : céphalées, douleurs diffuses fibromyalgiques. Difficultés à la marche. Il y avait une incapacité totale de travail de longue durée.
24. Par décision du 4 mai 2007, l'OCAI a rejeté la demande de prestations.
25. Le 6 juin 2007, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision de l'OCAI en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière depuis le 2 juillet 2003 et, subsidiairement, à une expertise psychiatrique.

Les experts avaient montré une opinion préconçue, incompatible avec le devoir de réserve qu'impose leur mission. L'anamnèse était contradictoire car elle indiquait qu'il n'y avait aucune limitation de la vie sociale alors qu'elle ne sortait qu'avec une amie, sans toucher à sa voiture. Elle avait bénéficié d'un traitement médicamenteux psychotique. Son médecin traitant avait attesté d'une dépression grave. Elle avait été traitée par le Dr M_____ par des antidépresseurs et des anxiolytiques par son médecin généraliste, alors que le SMR indiquait qu'elle ne prenait pas de médicaments avant l'apparition des premiers signes de la fibromyalgie. Le SMR omettait de traiter l'aspect de la réaction aux problèmes de violences conjugales ayant aggravé le tableau de la dépression.

26. Le 5 juillet 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours en relevant que les éléments sur lesquels prenait appui la recourante pour affirmer que le SMR aurait dû la considérer comme patiente atteinte d'une fibromyalgie invalidante n'étaient d'aucune pertinence.
27. Le 10 septembre 2007, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise au Dr S_____, psychiatre, et leur a fixé un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert et sur les questions libellées dans la mission d'expertise.
28. Le 14 septembre 2007, la recourante a signalé qu'elle avait mandaté le Dr T_____ en vue d'une expertise privée et qu'il convenait d'inviter l'expert à contacter le Dr T_____ en complétant la lettre b ch. 2 de la mission d'expertise. Par ailleurs, elle souhaitait un délai au 15 octobre 2007 pour produire cette expertise privée.
29. Le 17 septembre 2007, l'OCAI a déclaré n'avoir pas de remarque à formuler.
30. Le 17 janvier 2002, la recourante a transmis à l'expert une copie de trois constats médicaux attestant qu'elle avait été victime d'agression et l'a informé qu'elle allait déposer une plainte pénale pour agression sexuelle.

31. Le 20 mars 2008, le Dr S_____ a rendu son rapport d'expertise fondé sur quatre consultations des 17 décembre 2007, 14 janvier, 28 janvier et 4 février 2008, ainsi que des contacts téléphoniques avec les Drs U_____, L_____, W_____ et M_____.

L'expert pose les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (depuis mars 2001), F 33.1 et de syndrome douloureux somatoforme persistant F 45.4 et sans répercussion sur la capacité de travail, de traits de personnalité dépendante.

Il mentionne des constats médicaux de la Permanence médicale et chirurgicale de Cornavin du 29 novembre 2007 et de la Clinique de Carouge des 11 et 16 décembre 2007 attestant la présence de contusions et d'hématomes, la recourante indiquant qu'elle avait été brutalisée et frappée violemment par son mari.

Le trouble dépressif récurrent était attesté depuis juin 2001, date de la prise en charge par le Dr M_____ et l'état dépressif était constamment présent depuis janvier 2006 et s'était certainement aggravé dans le courant de 2007. Le trouble dépressif récurrent était traité de manière adéquate et la compliance était bonne, attestée par un contrôle sanguin. Une amélioration symptomatique partielle de l'état dépressif était probable à moyen terme.

Le syndrome douloureux était fortement influencé par la sévérité de l'état dépressif et évoluait en parallèle.

Le syndrome dépressif actuel avait valeur de comorbidité psychiatrique, car la symptomatologie qui lui était propre ne se limitait pas au "sentiment de détresse" qui, selon les termes de la CIM-10, accompagnait le syndrome douloureux somatoforme persistant. D'autre part, les éléments d'anamnèse obtenus permettaient de penser que le trouble de l'humeur avait précédé la symptomatologie douloureuse (possible épisode de dépression réactionnelle en 1997). La dépression n'était donc pas uniquement une manifestation réactive au syndrome douloureux persistant, elle avait un développement clinique et une évolution qui lui étaient propres, et qui, dans le cas de l'expertise, étaient étroitement dépendantes de la survenue d'événements de vie adverses et psychiquement traumatiques.

Il n'y avait pas d'affections corporelles chroniques, ni de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, ni encore de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Il existait, en revanche, des éléments en faveur de l'existence d'un état psychique cristallisé. Les traitements médicaux avaient échoué dans la mesure où l'assurée continuait à souffrir d'un état dépressif et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant.

L'expertisée mettait en œuvre toute sa volonté pour s'acquitter au mieux de ses devoirs de mère, ce qu'elle ne parvenait pas à faire sans une aide extérieure. Elle était incapable, dans son état clinique actuel, de réintégrer le monde du travail.

L'état dépressif actuel, avec son cortège de symptômes spécifiques (détresse morale et tristesse permanente de l'humeur, anéhonie marquée, fatigue intense, troubles mnésiques et de la concentration, sentiment de honte, de culpabilité et de dévalorisation, effondrement de l'estime de soi, ruminations de pensées sombres, pessimisme et crainte de l'avenir, etc.) et ses effets délétères sur la volonté et la motivation, ne permettait pas à l'expertisée de surmonter ses douleurs. Elle était actuellement incapable d'exercer une quelconque activité lucrative. Il y a cependant des raisons de penser que la crise qu'elle traversait (violences répétées et abus sexuels de la part de son mari, contre lequel elle avait récemment déposé plainte par l'intermédiaire de son avocat) finirait par se résoudre et qu'un nouvel équilibre serait trouvé, qui devrait se traduire par un amendement de la symptomatologie dépressive et douloureuse.

Elle était en incapacité totale de travail depuis le printemps 2007, date de l'aggravation de l'état dépressif. Une fois la crise passée, la reprise d'une activité lucrative à temps partiel devrait être possible et certainement exigible.

Le Dr S_____ proposait de réévaluer le cas dans environ deux ans, après traitement éventuel par de la venlafaxine, un antidépresseur parfois efficace dans les syndromes douloureux, avec une psychothérapie régulière et soutenue.

32. Le 16 avril 2008, la Dresse V_____, du SMR, a rendu un avis médical. L'expert n'avait pas procédé à une évaluation psycho-dynamique de l'assurée, ce qui ne lui permettait pas de se prononcer sur l'existence d'un état psychique cristallisé. Il n'y avait pas d'échec des traitements, puisqu'aucun traitement curatif n'existait pour le trouble somatoforme douloureux et ceux apportés avaient soulagé l'état de santé de l'assurée.

Elle présentait un trouble dépressif moyen chronique d'accompagnement aux douleurs et non une maladie psychique préexistante. L'expertise confirmait ainsi la conclusion du SMR du 17 novembre 2005. Les problèmes de violence conjugale étaient certes sensibles, mais l'assurée pouvait parfaitement y faire face, démontrant des ressources encore présentes.

33. Le 30 avril 2008, l'OCAI a estimé que l'avis du SMR du 16 avril 2008 avait pleine valeur probante. Les critères jurisprudentiels retenus pour déterminer si un trouble somatoforme douloureux était invalidant n'étaient pas remplis et un effort de volonté était raisonnablement exigible. Le rapport du Dr S_____ n'était pas pertinent au regard de ces critères.
34. Le 2 mai 2008, la recourante a estimé qu'elle remplissait les conditions d'octroi d'une rente complète d'invalidité, vu son incapacité de gain durable.
35. 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 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 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.
2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} 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 du 30 juin 2003. Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA, le droit à la rente doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329). Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 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 (4^{ème} révision), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852), ne sont pas applicables (ATF 127 V 467 consid. 1). Dans la mesure où elles ont été modifiées par la novelle, les dispositions ci-après sont donc citées dans leur version antérieure au 1^{er} janvier 2004.

3. 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).

b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Dès le 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 66^{2/3} % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

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).

L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

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 1^{er} 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'invalidé 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 (ESS) 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, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

5. 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).

6. 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; ATF A 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).

8. 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).

9. a) Préalablement, il convient de relever que dans un arrêt du 31 août 2007 (I 65/07), le Tribunal fédéral a jugé que dans un rapport SMR du 13 septembre 2004, la Dresse O_____, s'était prévalu du titre de psychiatre FMH auquel elle ne pouvait prétendre dès lors que le titre post-grade de spécialiste ne lui avait pas été délivré par la FMH car elle ne disposait pas d'un diplôme fédéral de médecine ou d'un diplôme de médecine étranger reconnu en Suisse. Au moment de son expertise, elle ne disposait pas d'une autorisation d'exercer une activité à titre de médecin dépendant puisque celle-ci lui avait été délivrée le 24 novembre 2006 par le département vaudois de la santé et de l'action sociale. Le Tribunal fédéral a estimé qu'indépendamment des compétences professionnelles propres de la Dresse O_____, les irrégularités d'ordre formel liées à sa personne et à l'exercice de son activité au sein du SMR entachaient la fiabilité du rapport médical établi sur mandat de l'administration. Dès lors, on ne pouvait accorder une pleine valeur probante à l'appréciation médicale du 13 septembre 2004 ni, partant, en tirer des conclusions absolues sur l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis l'octroi initial de la rente. Aussi, la juridiction cantonale n'était-elle pas en droit de fonder son appréciation sur ce seul avis médical d'une valeur probante affaiblie.

b) Dans le cas d'espèce, la Dresse O _____ a rendu un rapport médical le 26 septembre 2005 signé "psychiatre FMH" alors qu'elle n'en avait pas le titre et qu'elle n'était pas autorisée à travailler en tant que médecin dépendant. La situation étant similaire au cas précité, il convient d'en conclure que la valeur probante de l'appréciation faite par la Dresse O _____ est affaiblie.

c) En conséquence, l'intimé ne saurait se fonder sur cet avis pour nier tout droit à des prestations à la recourante.

10. a) L'expertise judiciaire du Dr S _____ répond aux exigences jurisprudentielles pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. En particulier, elle ne contient pas de contradictions et n'est pas sévèrement mise en doute par l'avis de la Dresse V _____, laquelle n'est d'ailleurs pas psychiatre. A cet égard, la critique relative à la présence d'un état psychique cristallisé n'est pas compréhensible, dès lors que la Dresse V _____ se borne à évoquer une notion psychanalytique sans expliquer en quoi l'expert n'a pas correctement évalué ce critère. Quant à l'absence de traitements curatifs du trouble somatoforme douloureux, fondant l'impossibilité, selon la Dresse V _____, de conclure à l'absence d'échec des traitements, il n'est pas pertinent non plus, le critère de l'échec des traitements ayant été admis par le Tribunal fédéral pour évaluer le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux et se réfère aux traitements conformes aux règles de l'art, même si ceux-ci ne sont pas curatifs.

Quant aux autres critiques, elles ont trait à l'appréciation juridique du caractère invalidant ou non du trouble somatoforme douloureux et ne sont ainsi médicalement pas pertinentes.

b) En l'espèce, l'expert a conclu à l'existence d'une incapacité de travail totale depuis l'aggravation de l'état dépressif de l'assurée, soit au printemps 2007. Il relève que l'état clinique devrait être réévalué dans deux ans et qu'une capacité de travail partielle devrait être possible à moyen terme.

Il convient ainsi de considérer que, même si, dans les diagnostics posés, le trouble dépressif récurrent moyen est indiqué depuis mars 2001, l'expert a clairement estimé qu'une incapacité de travail découlant desdits diagnostics était présente au mieux depuis mars 2007, date de l'aggravation de l'état psychique de la recourante.

La question du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux et du trouble dépressif récurrent moyen peut souffrir de rester indécise en l'espèce, dès lors qu'il convient de constater qu'à la date de la décision, le 4 mai 2007, la recourante, même si elle devait être reconnue comme totalement incapable de travailler depuis mars 2007, ne remplissait pas les conditions prévues à l'art. 29 LAI selon lesquelles le droit à une rente n'est ouvert notamment qu'à la condition que l'assuré ait présenté une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année.

En conséquence, le Tribunal de céans ne peut que constater que, le 4 mai 2007, soit le jour de la décision litigieuse, c'est à juste titre que l'intimé a nié tout droit à des prestations à la recourante, celle-ci ne réalisant pas les conditions pour l'octroi de telles prestations, en particulier celle de l'incapacité de travail durable. En revanche, la recourante pourra, à l'issue du délai de carence d'une année, déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé, soit dès le 1^{er} mars 2008 (voir à cet égard ATF du 16 octobre 2007, I 672/06; du 13 août 2001, I 169/01)

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.
12. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de la recourante.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
4. 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

Nancy BISIN

La présidente

Valérie MONTANI

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