RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2317/2006 **ATAS/834/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 12 septembre 2006

En la cause

Madame L_____, représentée par le CSP-CENTRE SOCIAL PROTESTANT, avec élection de domicile	recourante

contre

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

Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente, Juliana BALDE et Maya CRAMER, Juges

EN FAIT

1. Madame L_____ (ci-après la recourante), ressortissante espagnole née en 1951, titulaire d'un permis C, est arrivée en Suisse en 1972 et a exercé la fonction d'aide ménagère auprès de la FONDATION DE SERVICES D'AIDE ET DE SOINS A DOMICILE (ci-après la FSASD) à raison de 70%, dès 1993.

2. A partir du 10 juin 2002, elle a cessé toute activité lucrative. Elle a résilié son contrat avec effet au 30 avril 2003, en raison des diverses atteintes à la santé dont elle souffrait et pour rejoindre son mari en Espagne.

3. Dans un rapport du 5 avril 2003, le Dr A_____, spécialiste en médecine interne et en maladies rhumatismales, a indiqué avoir diagnostiqué chez cette dernière une fibromyalgie. Il a précisé que les douleurs étaient globalisées dans tout le corps, et principalement dans la nuque, le sommet du crâne, les deux épaules et les deux bras. Elle souffrait de plus de paresthésies mal systématisées dans les épaules, les coudes et les avant-bras. Elle dormait mal et se levait difficilement avec un très long moment pour se "dérouiller". Elle restait également algique et adynamique toute la journée. De plus, se référant à deux IRM effectuées en juillet 2002, l'une cervicale et l'autre lombaire, le médecin a relevé, d'une part, que la recourante était atteinte d'une hernie discale paramédiane D C6-C7 qui ne comprimait toutefois pas la moelle et n'avait qu'un conflit limite sur la racine C7 et, d'autre part, que l'état de la recourante était parfaitement normal au niveau de la colonne lombaire. Dès lors, dans ses conclusions, le médecin a indiqué que "le tableau est totalement typique d'une fibromyalgie floride. La présence de la hernie discale cervicale n'est qu'une découverte sans conséquence sur l'aspect clinique, car du point de vue neurologique, il n'y a pas de séquelle. L'IRM lombaire totalement normale démontre que les douleurs des membres inférieurs sont en relation avec la fibromyalgie (…)".

4. Le 16 avril 2003, la recourante a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après l'OCAI) visant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

5. Un rapport, établi sur demande de l'OCAI, a été effectué le 29 avril 2003 par le Dr A_____. Dans ce rapport, le médecin a indiqué qu'outre la fibromyalgie, la recourante était atteinte d'un status post-opératoire du sein, de troubles digestifs et de migraines, n'ayant toutefois aucune répercussion sur sa capacité de travail. Le médecin a encore ajouté que sa patiente estimait ne plus être capable d'exercer une activité lucrative et a précisé que son status physique ne mettait pas en évidence de lésions dégénératives sévères. Dans l'annexe au rapport médical, le médecin a mentionné que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible et qu'il y avait une diminution de son rendement. Une autre activité pouvait être envisagée dans la mesure où il s'agissait d'un travail assis, sans

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

6. Dans un rapport du 28 septembre 2003, la Dresse B_____, généraliste et médecin traitant de la recourante, a posé comme diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, des douleurs musculaires intéressant tout le rachis et les extrémités, s'accompagnant de fatigabilité musculaire et d'asthénie et, comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, une hypertension artérielle et une surcharge pondérale. Elle a attesté que l'incapacité de travail de la recourante avait commencé le 8 juin 2002 et était toujours d'actualité. La recourante était incapable de porter des charges et d'effectuer des travaux ménagers notamment. Sa capacité de travail ne pouvait pas être améliorée et l'on ne pouvait pas exiger d'elle qu'elle exerce une autre activité lucrative en raison de ses douleurs et de sa fatigabilité musculaire. La motivation de la recourante pour reprendre une activité lucrative était partielle.

7. Au vu des diagnostics, l'OCAI a demandé que soit effectuée une expertise psychiatrique par la Dresse C_____, psychiatre. Dans son rapport d'expertise du 16 décembre 2004, qui comporte deux pages, l'experte a posé comme diagnostic un état dépressif majeur sévère avec anxiété. Elle a déclaré qu'au vu de l'anamnèse de la recourante, elle ne pensait pas pouvoir apporter aujourd'hui une amélioration notable de sa capacité de travail. En revanche, un soutien psychologique pourrait l'aider à mieux vivre et à être moins dépendante. Elle a ajouté que sur le plan psychique, la recourante présentait des idées suicidaires. Sur le plan social, elle restait très repliée sur elle-même, avec des troubles de la communication et un sentiment d'être victime de tout le monde. L'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible, une autre activité ne l'était pas non plus, la recourante ne disposant d'aucune capacité résiduelle de travail.

8. Dans une note du 17 octobre 2005, le Dr D_____, médecin-conseil de l'assurance-invalidité, a indiqué que le diagnostic d'état dépressif majeur sévère avec anxiété de la Dresse C_____ était pauvre et que l'assurée n'avait jamais bénéficié d'un suivi psychiatrique. En outre, lors d'une conversation téléphonique avec le médecin-conseil de l'OCAI, la Dresse C_____ avait mentionné qu'elle était devenue entre-temps le médecin traitant de la recourante, que cette dernière était sous traitement et que son état de santé s'était amélioré. Toutefois, elle ne présentait toujours pas de capacité de travail. Elle a également informé le Dr D_____ que sa patiente était suivie par un rhumatologue qui avait posé d'autres diagnostics de type arthrite. Au vu de cette amélioration, le médecin-conseil a conclu qu'un examen bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique au SMR était nécessaire.

9. Dans un courrier adressé au Dr D_____ le 18 octobre 2005, le Dr E_____, spécialiste en médecine du sport et en médecine physique, qui avait examiné la recourante sur demande de la Dresse C_____, a indiqué que cette dernière se plaignait de douleurs permanentes touchant le rachis

cervical, les deux épaules, ainsi que la charnière lombo-sacrée. Les séances d'ostéopathie ainsi que plusieurs infiltrations n'avaient malheureusement pas pu la soulager. Selon lui, elle présentait tous les stigmates d'une fibromyalgie. Il a ajouté que les plaintes actuelles de la recourante étaient clairement incompatibles avec une activité professionnelle d'aide à domicile.

10. Dans un courrier adressé à l'OCAI le 2 novembre 2005, la Dresse B_____ a déclaré que la recourante était également atteinte d'un état dépressivo-anxieux chronique, découlant partiellement de ses douleurs articulaires et rachidiennes et qu'elle était par ailleurs depuis plusieurs années sous traitement antidépresseur.

11. Le 30 novembre 2005, le SMR a procédé à un examen bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique). Les Drs F_____, spécialiste en médecine physique et de rééducation, et G_____, psychiatre, dans leur rapport du 15 février 2006, ont posé comme diagnostics des cervico-lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs et statiques modérés, un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et sans répercussion sur la capacité de travail, une fibromyalgie, une obésité, un status après réduction mammaire pour dorsalgies et maladie fibrokystique.

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

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

En ce qui concernait les limitations fonctionnelles, la recourante devait éviter de porter des charges supérieures à 10 kg et à 5 kg bras tendus. Il fallait également proscrire toute position statique assise au-delà d'une heure et debout au-delà de 30 minutes. Il convenait également d'éviter les positions en porte-à-faux ou en torsion du rachis. Il devait en revanche être possible de varier les positions et il lui fallait travailler dans un milieu tempéré.

12. Dans son rapport récapitulatif du 28 février 2006, le Dr H_____ du SMR a estimé, en se référant au rapport d'examen SMR du 15 février 2006, que la diminution de la capacité de travail de la recourante était essentiellement d'ordre psychiatrique; la capacité de travail résiduelle s'élevait à 50 % dans toute activité et ce depuis juin 2002.

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

60 % pour le poste "alimentation", pondéré à 45 %, un empêchement de 70 % pour le poste "entretien du logement", pondéré à 20 %, un empêchement de 10 % pour le poste "emplettes et courses diverses", pondéré à 5 %, un empêchement de 50% pour le poste "lessive et entretien des vêtements", pondéré à 20 % et enfin, aucune incapacité n'a été retenue pour le poste "divers", pondéré à 5 %.

14. Par décision du 7 avril 2006, l'OCAI a rejeté la demande de la recourante au motif que son taux d'invalidité, évalué en fonction de la méthode mixte de calcul, s'élevait à 36 %, taux n'ouvrant pas droit à une rente. En effet, l'office a reconnu une incapacité de travail de 50 % dans son activité d'aide ménagère, exercée à 70 %. En comparant les revenus que la recourante obtenait en travaillant à 70 %, à ceux qu'elle obtiendrait en exerçant cette même activité à 50 %, l'invalidité se situait à 29 %. En outre, le rapport d'enquête ménagère concluait à une invalidité de 53 % dans l'accomplissement des tâches ménagères.

15. Par courrier du 3 mai 2006, la recourante a formé opposition à la décision de l'OCAI. Elle a fait valoir que le calcul de perte de gain était erroné parce que l'OCAI avait pris en considération un salaire annuel relatif à un taux d'activité de 70 % alors qu'il aurait dû prendre en considération ce même revenu annuel à temps plein. En outre, son incapacité de travail dans son activité d'aide à domicile avait été estimée à 50 % et il en résultait une perte de gain de 50 % ce qui, selon ses calculs, lui donnait droit à une demi-rente d'invalidité. Enfin, elle a allégué que son taux d'incapacité de travail dans son activité professionnelle avait été sous-estimé. En effet, les Drs I_____, J_____ - dont le rapport devait parvenir ultérieurement à l'OCAI -, et B_____ avaient tous évalué son incapacité à 100 %. Enfin, la recourante a produit un certificat médical de celle-ci.

16. Par décision sur opposition du 23 mai 2006, notifiée le 29 mai 2006, l'OCAI a confirmé sa décision du 7 avril 2006. L'office a fait valoir que le certificat du 3 mai 2006 établi par la Dresse B_____ ne mettait pas en évidence de péjoration de l'état dépressif de la recourante et n'était pas de nature à mettre en doute les conclusions de l'examen bidisciplinaire. Enfin, c'était à juste titre qu'il avait été tenu compte, pour le calcul du degré d'invalidité, du fait que la recourante exerçait une activité lucrative à 70 %.

17. Par courrier du 27 juin 2006, la recourante interjette recours auprès du Tribunal de céans, concluant à ce que qu'il soit constaté qu'elle remplit les conditions d'octroi d'une rente entière d'invalidité et subsidiairement, à renvoyer le dossier à l'autorité inférieure pour une nouvelle décision. Elle allègue que le Dresse C_____ a diagnostiqué une comorbidité psychiatrique, soit un état dépressif majeur sévère avec anxiété. Cette experte a estimé qu'elle était incapable d'exercer une quelconque activité lucrative. L'amélioration dont a fait état la Dresse C_____, fait référence à sa qualité de vie et non pas à sa capacité de travail. En outre, elle conteste le calcul du degré d'invalidité effectué

par l'OCAI, en particulier la façon dont la formule de calcul a été utilisée. Elle relève qu'en procédant de la sorte, on utilise deux fois le même correctif et c'est ainsi que l'OCAI arrive à un taux d'invalidité de 36 % alors que l'invalidité est estimée par tous pour le moins à 50%. Ainsi, si la formule avait été appliquée correctement par l'office, ce dernier serait arrivé à un taux d'invalidité de 50,9%, ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité.

18. Dans sa réponse du 17 juillet 2006, l'OCAI conclut au rejet du recours. Il fait valoir que le rapport d'expertise effectué par les médecins du SMR est incontestablement plus détaillé que celui de la Dresse C_____ et contient une analyse minutieuse des éléments d'anamnèse, tout en faisant état des plaintes et symptômes de la recourante. Il répond donc aux exigences jurisprudentielles en matière d'expertise. Quant au calcul du degré d'invalidité, l'OCAI explique avoir appliqué la méthode générale de comparaison des revenus par rapport à l'activité lucrative de la recourante, d'une part, et la méthode spécifique de comparaison des champs d'activités pour l'évaluation de l'invalidité dans son activité ménagère, d'autre part. L'invalidité totale de la personne assurée résulte alors de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines. Le calcul ayant été vérifié, il n'y pas lieu de le remettre en cause.

19. Par pli du 9 août 2006, cette écriture a été communiquée à la recourante et la cause 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 3 juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V let. a ch.2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des 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.

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; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1; 126 V 136 consid. 4b et les références). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce car l'essentiel des faits s'est produit durant l'année 2003. Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

5. L'objet du litige porte sur l'éventuel droit à une rente d'invalidité en faveur de la recourante.

   L'art. 4 al. 1 LAI stipule que l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (en liaison avec l'art. 8 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

   La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique sous forme 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). 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).

6. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

   Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299). Ainsi, 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).

   En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration 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 contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière

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

En effet, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

7. En l'espèce, le SMR a procédé à un examen bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) de la recourante. Cet examen a pris non seulement en considération les plaintes de la recourante, mais également son anamnèse. Les conclusions sont quant à elles dûment motivées. L'étude des examens radiologiques révèle que la recourante est atteinte de cervico-lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs et statiques modérés. Pour le reste, les radiographies des pieds et genoux, les IRM cervicales et lombaires ne mettent en évidence que quelques troubles de type dégénératif modérés au niveau du rachis lombaire, en adéquation avec l'âge de la recourante. De ce fait, les médecins concluent que l'incapacité de travail entière, attestée par le médecin traitant, n'est pas justifiée. Sur le plan psychiatrique, les médecins retiennent comme pathologie influençant la capacité de travail, un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. En effet, au regard des critères CIM-10, ni les symptômes, ni les signes, ne permettent de poser le diagnostic de dépression de degré sévère. En ce qui concerne les critères qui permettent d'établir qu'il n'est pas exigible de réintégrer la recourante dans un processus de travail, les médecins

relèvent que cette dernière est atteinte d'une comorbidité psychiatrique importante, à laquelle s'ajoute la présence d'une fragilité dans la constitution de sa personnalité. Il n'y a pas absence de demande de soin, pas d'affection corporelle notable; le traitement ne s'avère que partiellement efficace; la recourante n'a pas perdu tous contacts sociaux puisqu'elle voit régulièrement un de ses fils et sa belle-fille et il existe des divergences importantes entre les informations fournies par la recourante et celles ressortant du dossier médical. Au vu de ce qui précède, les médecins ont conclu à une capacité de travail de l'ordre de 50%, tant dans une activité adaptée que dans l'activité habituelle.

Les conditions jurisprudentielles étant remplies, cet examen doit être considéré comme ayant pleine valeur probante. A noter que c'est à juste titre que l'OCAI a sollicité un examen bidisciplinaire, d'une part, en raison des troubles rhumatologiques allégués et non investigués, d'autre part, en raison du diagnostic de fibromyalgie, et des aspects doubles de ces troubles (psychologiques et rhumatologiques), enfin en raison de l'absence de toute valeur probante de l'expertise psychiatrique de la Dresse C_____. En effet, outre sa particulière brièveté, cette expertise ne convainc pas, notamment en raison de l'évaluation de l'incapacité de travail qui aurait débuté, selon cette experte, en 1997, alors que la recourante a travaillé jusqu'en 2002.

Au vu de ce qui précède, les conclusions du SMR doivent être suivies s'agissant de la capacité professionnelle. Celles-ci prévoient une incapacité de travail dans l'activité lucrative et dans toute autre activité de 50 %.

8. S'agissant d'une assurée ayant un statut mixte (activités professionnelle et ménagère), l'OCAI a jugé nécessaire d'effectuer une enquête ménagère qui a eu lieu le 5 avril 2006. En effet, la fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait en principe reposer sur une évaluation médico-théorique. Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels.

   Ainsi, selon la jurisprudence, une telle enquête a valeur probante en règle générale et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2001 p. 158, consid. 3c; ATFA non publiés du 6 septembre 2004, I 249/04 consid. 5.1.1; I 155/04 consid. 3.2; I 685/02 consid. 3.2). Cependant, lorsque le handicap découle de troubles d'ordre psychique, comme en l'espèce, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après TFA), dans un arrêt du 4 février 2003 (ATFA non publié I 726/02), a estimé que l'enquête sur les activités ménagères n'était pas un moyen de preuve adéquat. En effet, le questionnaire servant à fixer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage est conçu de manière à évaluer le handicap découlant d'atteintes à la santé physique. Il n'est donc pas propre à l'évaluation des limitations liées à des troubles psychiques. Les constatations

médicales relatives à la capacité de travail raisonnablement exigible sont dès lors plus aptes qu'une enquête économique à fixer l'empêchement dans l'accomplissement des travaux habituels.

Ainsi, si l'on peut se référer dans une certaine mesure à cette enquête, elle ne peut toutefois pas servir de base pour déterminer l'incapacité de travail de la recourante dans son activité de ménagère, un médecin devant se prononcer sur cette question. On doit exclure, en effet, que SMR ait inclus dans son expertise l'évaluation des empêchements dans le ménage. Il en résulte que le handicap dans l'activité ménagère exercée à un taux de 30 % n'a pas été correctement évalué.

Par ailleurs, on est frappé par les divergences entre les remarques de l'enquêtrice et le taux d'incapacité retenu dans chaque activité. Plus particulièrement, pour le poste "entretien du logement", l'enquêtrice a mis en évidence le fait que dès 2002, la recourante ne veut et ne peut plus rien faire, son fils cadet assumant l'ensemble de l'entretien du logement. Or, pour ce poste pondéré à 20 %, l'incapacité retenue n'est que de 70 %. De même en est-il du poste "lessive et entretien des vêtements" pondéré à 20 %. Selon les remarques de l'enquêtrice, le fils cadet et la belle fille font tous les 15 jours la lessive de la recourante depuis 2002. En effet, cette dernière n'a plus aucune volonté, même pour plier quelques sous-vêtements. Toutefois le handicap retenu pour ce poste est seulement de 50 %.

9. Au vu de ce qui précède, il s'avère que la capacité de la recourante dans ses tâches ménagères n'a pas été évaluée à satisfaction de droit. Le Tribunal de céans considère que les Drs F_____, spécialiste en médecine physique et de rééducation, et G_____, psychiatre, du SMR, qui ont procédé à un examen bidisciplinaire de la recourante, doivent procéder à un complément d'examen afin de déterminer les empêchements de l'assurée dans la tenue de son ménage.

   Le SMR sera également invité à réexaminer l'aspect psychiatrique d'une part, sur la question des idées suicidaires, car tout le cursus de la recourante est emprunt d'idée de mort, depuis l'enfance, d'autre part sur la question d'une éventuelle aggravation de son état psychique, car les constatations de l'enquêtrice, cinq mois plus tard, font suspecter une telle aggravation.

10. Par conséquent, le recours est admis et les décisions annulées. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA)

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 et annule la décision sur opposition du 23 mai 2006, ainsi que la décision du 7 avril 2006.

3. Renvoie le dossier à l'OCAI pour complément d'instruction au sens des considérants

4. Condamne l'OCAI au versement d'un émolument en faveur de la recourante de 1'000 fr.

5. 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).

Le greffier	La présidente
Pierre Ries	Isabelle DUBOIS

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