

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3205/2005

ATAS/804/2007

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 4**

**du 11 juillet 2007**

En la cause

Madame K\_\_\_\_\_, domiciliée , CAROUGE, comparant avec  
élection de domicile en l'Etude de Maître CHEVALIER Suzette

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue  
de Lyon 97, 1211 GENEVE 13

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Bertrand REICH, Juges  
assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame K\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née le 1950, originaire de Bosnie, est arrivée à Genève par l'intermédiaire de la Croix-Rouge en 1993, comme réfugiée. Elle était accompagnée de son époux et de ses trois fils, nés en 1971 et 1973.
2. Du 25 juillet 1996 au 14 avril 2002, l'assurée a travaillé comme nettoyeuse auprès de l'entreprise X\_\_\_\_\_ SA à Genève, à raison de deux heures par jour, cinq jours par semaine.
3. Souffrant de cervico-brachialgies, l'assurée est en incapacité de travail à 100 % depuis le 16 avril 2002, selon un certificat médical établi par le Dr A\_\_\_\_\_, rhumatologue, pour une durée indéterminée. Elle n'a plus repris le travail depuis lors et son employeur lui a signifié son congé le 12 mars 2004. SWICA Organisation de santé (ci-après: SWICA) a versé des indemnités perte de gain du 17 avril 2002 au 13 avril 2004.
4. Le 6 mai 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), visant à l'octroi d'une rente.
5. L'OCAI a requis l'apport du dossier de SWICA. Selon un rapport du Dr A\_\_\_\_\_ du 26 avril 2002, sa patiente présente des cervico-brachialgies droites atypiques d'origine mixte dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique très étendu touchant le rachis entier, les genoux et les jambes, un état de stress post-traumatique chronique et un état dépressif. Les critères n'étaient pas suffisants pour poser le diagnostic de fibromyalgie et le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant était le plus probable. L'incapacité de travail était de 100 % dès le 16 avril 2002, pour une durée indéterminée.
6. A la demande de SWICA, le Dr B\_\_\_\_\_ a examiné l'assurée le 27 mars 2003. Dans son rapport du 7 avril 2003, il a relevé que l'assurée n'avait pas terminé sa scolarité obligatoire et n'avait aucune formation professionnelle. Son mari, qui avait été emprisonné et maltraité durant la guerre, a travaillé quelques années en Suisse comme carreleur et bénéficie d'une rente d'invalidité totale en raison de douleurs du dos. Sur le plan médical, l'assurée avait été suivie à la Consultation de rhumatologie de Beau-Séjour en 1996 où le diagnostic de fibromyalgie avait été évoqué. Les douleurs se sont exacerbées depuis début 2002. L'examen de la colonne vertébrale ne révélait pas de troubles statiques ou de limitations fonctionnelles significatives, mais tous les points de fibromyalgie étaient positifs. Le Dr B\_\_\_\_\_ a relevé qu'il s'agissait d'un syndrome douloureux chronique et d'un probable état dépressif associé. Le contexte psycho-social jouait un rôle important et la situation était complètement bloquée. L'incapacité de travail était totale pour une période indéterminée avec un très mauvais pronostic.

7. La Dresse C\_\_\_\_\_ a adressé un rapport à l'OCAI en date du 22 mai 2003. Les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail sont les suivants : syndrome douloureux somatoforme et trouble anxieux et dépressif mixte. La discopathie C4-C5-C6, la périarthrite scapulo-humérale et l'épicondylite droite n'ont pas de répercussions sur la capacité de travail. L'assurée dit avoir séjourné dans un camp au début de la guerre en Bosnie ; elle a été séparée de ses jumeaux et de son mari et a traversé des moments difficiles pendant cette période. Puis elle a été libérée, a transité par la Croatie et l'Autriche avant d'arriver en Suisse avec toute sa famille. La patiente se plaint de maux de tête, de bouffées de chaleur, de multiples douleurs. Au status psychique, la patiente est poly-plaintive, se dit très préoccupée par sa santé, verbalise la peur de vieillir et de devenir dépendante. Elle se montre apathique, avec une perte d'élan vital. Répondant au questionnaire de l'OCAI, la Dresse C\_\_\_\_\_ a indiqué que l'incapacité de travail était d'au moins 20 % dès le 16 avril 2002, pour une durée indéterminée. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, la Dresse C\_\_\_\_\_ a déclaré que les particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale influençaient l'affection actuelle. L'assurée ne présentait pas de trouble de la personnalité, les troubles psychiques étaient réactionnels à l'immigration et l'incapacité de travail était de 50 %.
8. Dans son rapport à l'OCAI du 10 juin 2003, le Dr A\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux chronique et d'état dépressivo-anxieux mixte. Ces troubles existaient depuis 1994-1995 sous forme de douleurs diffuses et la patiente a été suivie par la consultation de rhumatologie de Beau-Séjour, où avait été évoquée la présence de six points de fibromyalgie. Elle se plaignait surtout de douleurs au membre supérieur droit, qui l'empêchaient de faire son travail. Les différents traitements antalgiques, myorelaxants et psychotropes, accompagnés d'un suivi psychiatrique régulier, n'ont pas amélioré son état. L'incapacité de travail était toujours fixée à 100 %. Dans l'annexe au rapport médical relatif à la réinsertion professionnelle, le Dr A\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il convenait d'effectuer une expertise afin de déterminer le degré d'invalidité.
9. L'assurée a rempli le questionnaire servant à déterminer le statut d'assuré le 8 septembre 2003 ; elle a déclaré qu'en bonne santé, elle exercerait une activité lucrative à 100 % dans le secteur ménager, pour des raisons financières.
10. Le 2 avril 2004, la Dresse C\_\_\_\_\_ a adressé un rapport médical intermédiaire à l'OCAI, aux termes duquel l'état de santé de la patiente était stationnaire et le pronostic défavorable.
11. Le Service médical régional AI SMR LEMAN a convoqué l'assurée pour un examen médical qui a eu lieu le 14 décembre 2004, en présence d'un interprète de langue bosniaque. La Dresse D\_\_\_\_\_, psychiatre, a rendu son rapport le 27 décembre 2004. Dans l'anamnèse, elle relève que l'assurée s'est installée en Suisse

en 1993 avec ses trois fils, son époux et sa mère. Elle n'a jamais fréquenté l'école en Bosnie et a travaillé à Genève depuis le 25 juillet 1996 comme nettoyeuse à temps partiel. En raison de douleurs chroniques, elle a débuté, à la demande de son médecin traitant, une prise en charge psychiatrique ambulatoire depuis le 25 mai 2002. L'assurée se plaint de multiples douleurs. Sur le plan psychiatrique, elle est collaborante et orientée. Aucun trouble de la mémoire, de la concentration ou de l'attention n'a été observé, aucun ralentissement psychomoteur non plus. La patiente ne présente ni angoisse persistante ni attaque de panique plaidant en faveur d'un diagnostic d'anxiété généralisée, ni de phobie. Il n'y a pas de signe de la lignée psychotique, ni de symptômes de la lignée dépressive en faveur d'un diagnostic de dépression majeure. L'assurée présente une amplification verbale des plaintes somatiques sans signe de souffrance objectivable pendant l'entretien qui ne touchent pas l'examineur. La Dresse D \_\_\_\_\_ n'a pas objectivé de symptômes en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. En conclusion, le status psychiatrique est dans les limites de la norme et le diagnostic retenu, à savoir un trouble anxieux et dépressif mixte en rémission, n'a aucune incidence sur la capacité de travail.

12. Par décision du 18 janvier 2005, l'OCAI a rejeté la demande de l'assurée, au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail.
13. L'assurée a formé opposition le 15 février 2005, au motif qu'elle était incapable de travailler, tant pour des raisons physiques que psychiques. Elle a joint un certificat de la Dresse C \_\_\_\_\_ du 10 février 2005 attestant d'une incapacité de travail à 100 % en raison d'un trouble somatoforme douloureux et d'un trouble anxio-dépressif mixte, ainsi qu'un rapport du Dr A \_\_\_\_\_ du 11 février 2005 ; ce dernier relève que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux chronique avait déjà été posé en mars 2003 par le Dr B \_\_\_\_\_, avis que lui-même et la psychiatre de l'assurée partageaient. Pour le Dr A \_\_\_\_\_, l'incapacité de travail est totale.
14. L'OCAI a soumis les rapports médicaux au SMR LEMAN, lequel a persisté dans sa position, rappelant que les diagnostics évoqués par les médecins traitants ont été évalués et discutés.
15. Par décision du 14 juillet 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée, au motif que sur le plan somatique, aucune atteinte à la santé invalidante n'a été retenue, hormis un trouble somatoforme douloureux : ce dernier n'est toutefois pas invalidant, dans la mesure où il ne revêt pas un minimum de gravité.
16. Par acte du 13 septembre 2005, posté le 14 septembre, l'assurée, a interjeté recours. Elle conteste tant le diagnostic retenu que les conclusions du SMR LEMAN, relevant que l'anamnèse est incomplète et lacunaire, notamment au regard des événements qu'elle a vécus pendant la guerre de Bosnie (enfermement, séparation

d'avec ses fils et son mari, mauvais traitements) et des troubles psychiatriques dans la famille. Elle fait valoir qu'elle est suivie depuis le 3 mai 2005 par le Dr VLATKOVIC, psychiatre-psychothérapeute FMH ; dans un rapport du 12 septembre 2005, ce dernier explique que bien que parlant le bosniaque, la prise de l'anamnèse n'a pas été évidente en raison de l'important ralentissement psychique et d'une collaboration partielle due à l'importance du trouble anxio-dépressif. Il relève que la mère et la sœur de l'assurée souffrent de troubles psychiques. Le médecin pose les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, de stress post-traumatique chronifié, phobies spécifiques (eau), de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'antécédents familiaux de troubles mentaux. La recourante conclut à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

17. Dans ses écritures complémentaires du 20 octobre 2005, la recourante allègue que son état de santé s'est aggravé et produit diverses pièces, notamment un certificat établi par le Dr E\_\_\_\_\_ en date du 18 octobre 2005. Il y est fait état d'une aggravation de l'état de santé de la recourante, sa capacité de travail est de 50 % dans une activité adaptée.
18. Dans sa réponse du 17 novembre 2005, l'OCAI expose avoir soumis les documents médicaux produits en cours de procédure au SMR, lequel considère qu'aucune aggravation objective n'est médicalement démontrée. Il conclut au rejet du recours.
19. Invitée à se déterminer, la recourante, par courrier du 19 décembre 2005, persiste dans ses conclusions.
20. Après avoir communiqué aux parties son intention de confier une expertise psychiatrique au Dr F\_\_\_\_\_, médecin adjoint au service de psychiatrie adulte, à Belle-Idée, et leur avoir imparti un délai pour lui communiquer des questions complémentaires ou leurs éventuels motifs de récusation, le Tribunal de céans a ordonné une expertise le 15 mai 2006 (ATAS/453/2006) comportant la mission de l'expert.
21. Le rapport d'expertise psychiatrique du Dr F\_\_\_\_\_ date du 2 février 2007. Le psychiatre y diagnostique un état de stress post-traumatique (F43.1), un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). Selon ce médecin, l'état de stress post-traumatique ainsi que l'épisode dépressif constituent des maladies en tant que telles. En sus du syndrome douloureux somatoforme persistant, il fait état d'une co-morbidité psychiatrique, des affections corporelles chroniques, d'un processus morbide s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable. La recourante subit une perte d'intégration durable; l'état psychique de celle-ci peut être qualifié de cristallisé, sans évolution possible. L'expert constate également un échec des traitements ambulatoires. Compte tenu de ses affections psychiques, la recourante

ne dispose pas de ressources nécessaires pour surmonter sa douleur. Quant à l'incapacité d'exercer une activité lucrative, elle est jugée totale depuis avril 2002 et le pronostic qualifié mauvais. Certains malaises et autres état de confusion et/ou de sidération psychiques décrits par la recourante sont caractéristiques d'un état de stress post traumatique.

22. Dans ses observations du 19 février 2007 à l'intention du Tribunal de céans, la recourante a déclaré qu'il s'imposait de retenir les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_.
23. Pour sa part, l'OCAI a produit un avis du SMR daté du 27 février 2007 et signé par le Dr G\_\_\_\_\_, exposant que les diagnostics retenus par l'expert étaient erronés. L'appréciation en découlant, qui constitue une perception très empathique de la situation, doit également être écartée. Partant, on ne pouvait suivre ses conclusions.
24. Par courrier du 13 mars 2007, le Tribunal de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger.
25. Enfin, les divers alléguées des parties ainsi que les éléments pertinents résultant du dossier seront repris, en tant que de besoin, dans la partie en droit ci-après.

### **EN DROIT**

1. La compétence du Tribunal de céans et la recevabilité du recours ayant déjà été établies dans l'ordonnance du 15 mai 2006 (ATAS/453/2006), il n'y a plus lieu de les examiner.
2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Lorsque toutefois l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer le principe général de droit transitoire, selon lequel - même en cas de changement de bases légales - les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. Aussi le droit à une rente doit-il 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 433 consid. 1 et les références). 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).

En l'espèce, il y a lieu de relever que le droit éventuel à une rente d'invalidité ne prendrait naissance qu'à l'échéance du délai d'un an, soit au plus tôt en avril 2003.

Dès lors, tant les dispositions matérielles que de procédure de la LPGA sont applicables.

3. L'objet du litige consiste à déterminer si la recourante souffre d'une atteinte à la santé invalidante au sens de la LAI dans une mesure ouvrant le droit à une rente.

Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Elle est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, en sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, 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 une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins.

4. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas

décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).

Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3; Ulrich MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in : René SCHAUFFHAUSER/Franz SCHLAURI (éd.), *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 64 sv., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. p. 81 sv.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi MEYER-BLASER, op. cit. p. 83, spéc. 87 sv. ) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. consid. 2b et les références; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un



processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

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

5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 ce qui concerne par ailleurs la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il

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

S'agissant de la valeur probante du rapport psychiatrique de la Dresse D\_\_\_\_\_, il convient de relever que l'instruction d'une autre cause en matière d'invalidité devant le Tribunal de céans a révélé que celle-ci n'était pas titulaire d'un diplôme FMH de spécialiste en psychiatrie et qu'elle avait par ailleurs été autorisée à pratiquer comme médecin dépendant auprès du SMR par acte du Département vaudois de la santé et de l'action sociale du 24 novembre 2006. Selon le médecin cantonal vaudois, l'intéressée était, en sa qualité de médecin dépendant, désormais habilitée à effectuer des expertises psychiatriques avec examens cliniques ; toutefois, à son avis, le document devait être contresigné par le psychiatre responsable pour lui donner sa pleine valeur juridique. Le plenum de la juridiction a cependant jugé que ces circonstances n'avaient pas pour effet d'annuler la valeur juridique des rapports rendus avant la reconnaissance de son diplôme (procès-verbal du plenum du 12 avril 2007).

6. En l'espèce, il résulte de l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_, ordonnée par le Tribunal de céans, que la recourante souffre d'un état de stress post-traumatique (F 43.1) et d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2). L'expert a en particulier confirmé l'atteinte d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) qui est une condition juridique nécessaire mais non suffisante pour conclure à une atteinte à la santé invalidante (ATF 131 V 50 consid. 1.2; 130 V 353 consid. 2.2.3).

De l'avis de l'expert, le trouble dépressif, sévère et chronique, doit être considéré comme une atteinte psychique indépendante. Quant aux troubles psychiques de la dépression et de l'état de stress post-traumatique, ils ont valeur de maladie. Le Tribunal de céans relève ainsi que l'exigence jurisprudentielle d'une co-morbidité psychique d'un degré moyen à sévère a dès lors été établie (expertise p. 8). A noter que la jurisprudence fédérale considère la reconnaissance d'un état dépressif d'intensité sévère comme un diagnostic autonome constitutif d'une co-morbidité psychiatrique d'une certaine gravité. Il s'agit d'un facteur, qui par son intensité et sa constance, rend la recourante incapable de fournir l'effort de volonté nécessaire à la réintégration dans le processus de travail.

Bien que la présence d'une co-morbidité psychiatrique d'une gravité, d'une acuité et d'une durée importante soit suffisante pour admettre le caractère non-exigible de la réintégration dans le processus de travail, l'expert a également analysé le cumul de quatre critères se manifestant avec une certaine intensité et constance:

1) Il a ainsi d'abord fait état de pathologies dégénératives du rachis cervical et dorso lombaire assimilables à des affections corporelles chroniques. Selon l'expert, l'état de stress post-traumatique pouvait être considéré comme un processus morbide s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable. Il avait par ailleurs tendance à s'aggraver car il avait secondairement entraîné des troubles de l'humeur et douloureux. 2) Sur le plan de la perte d'intégration sociale, elle était en lien avec les troubles psychiques. En dehors d'une amie croate et du cercle familial, elle n'avait plus aucun contact ou de relation. 3) L'état psychique de la recourante pouvait être qualifié de cristallisé car sans évolution possible. 4) Enfin, les traitements ambulatoires conformes aux règles de l'art avaient échoué et des mesures de réadaptation professionnelle n'auraient aucune utilité. Illettrée, sans formation professionnelle, elle était désormais incapable d'accomplir la seule activité lucrative qui était auparavant à sa portée. On ne pouvait pas exiger d'elle qu'elle mette tout en œuvre pour surmonter le trouble somatoforme douloureux car, à celui-ci, s'ajoutaient encore d'autres troubles.

L'intimé relève que la recourante ne subit pas de perte d'intégration dans la mesure exigée par la jurisprudence fédérale. Il fait valoir que ce comportement social est conforme à celui des femmes issues de sa culture et enfin qu'aucun argument ne vient démontrer que ce comportement social s'est modifié depuis le début de sa maladie.

Il est vrai que les critères de la jurisprudence fédérale sont très stricts dès lors qu'il suffit que l'assuré ait de bonnes relations avec sa famille, qu'il entretienne de bons rapports avec quelques amis et qu'il n'ait jamais connu de conflit professionnel, ni avec ses collègues, ni avec ses employeurs, pour lui nier la perte d'intégration dans tous les domaines de la vie. De surcroît, il suffit également qu'il effectue des sorties quotidiennes, sous forme d'une heure de marche, et qu'il soit soutenu par sa famille pour ne pas admettre une perte d'intégration. Toutefois, en l'espèce, la question peut demeurer ouverte car la condition alternative (co-morbidité psychiatrique) aux quatre critères cumulatifs est de toute manière remplie.

Pour l'expert, l'incapacité de travail était totale; elle perdurait depuis 2002. Par ailleurs, la recourante rencontrait des empêchements dans ses tâches ménagères raison pour laquelle son mari les effectuait toutes. Aucune mesure médicale n'était susceptible d'améliorer son état; le pronostic était mauvais.

L'expert a en outre précisé que certains malaises vagues ou autres états de confusion et/ou de sidération psychique décrits par l'expertisée pourraient correspondre à des états dissociatifs, fréquents dans le cadre des états de stress post-traumatique.

Le Tribunal de céans constate ainsi que le rapport d'expertise établi le 2 février 2007 par le Dr F\_\_\_\_\_ répond aux exigences jurisprudentielles

susmentionnées permettant de lui reconnaître pleine force probante. En effet, l'expert a pris en considération les plaintes exprimées par la recourante, le rapport a été établi en pleine connaissance d'une anamnèse familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique détaillée, ainsi qu'une description de la vie quotidienne de la recourante. Les renseignements qu'il a obtenus lors de l'examen de la recourante l'ont été avec le concours d'un interprète parlant la langue de la recourante. La description du contexte médical ainsi que l'appréciation globale du cas sont cohérentes. Le rapport d'expertise, détaillé, comporte des conclusions claires; en outre, le Dr F\_\_\_\_\_ a expliqué les raisons pour lesquelles il a retenu les diagnostics de trouble somatoforme douloureux, de dépression sévère et chronique et d'état post-traumatique. Il a également commenté pourquoi il estimait que les troubles qui le compliquent, ont valeur de maladie. Ce faisant, il a justifié l'incapacité totale de travail et celle d'effectuer les tâches ménagères. Son analyse et ses conclusions apparaissent convaincantes.

7. L'office intimé se prévaut cependant du rapport d'examen de la Dresse D\_\_\_\_\_ et de l'avis du Dr G\_\_\_\_\_, médecins du SMR LEMAN, qui ont posé le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte en rémission (en lieu et place du trouble somatoforme douloureux chronique) sans répercussion sur la capacité de travail. En l'absence de limitation fonctionnelle psychiatrique, la Dresse D\_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail exigible sur le plan psychiatrique de 100 %, dans toute activité.

Certes, le rapport d'examen établi le 14 décembre 2004 par la Dresse D\_\_\_\_\_ du SMR LEMAN comporte une anamnèse familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique, ainsi qu'une description de la vie quotidienne de la recourante. Les renseignements qu'elle a obtenus lors de cet examen l'ont également été avec le concours d'un interprète parlant la langue de la recourante.

Toutefois, l'anamnèse familiale et personnelle établie par la Dresse D\_\_\_\_\_ est lacunaire. Contrairement à ce que mentionne cette dernière, il y a bien des antécédents psychiatriques dans la famille (mère, sœur, grand-mère) de la recourante. De surcroît, le rapport passe totalement sous silence sa déportation dans un camp de concentration en Bosnie, ainsi que celle de son époux et de ses enfants, et les conditions difficiles auxquelles elle a été confrontée. Il n'est ainsi pas tenu compte des circonstances dans lesquelles elle est venue en Suisse. Or, en dépit des pièces du dossier dont le SMR a eu connaissance (cf. p.ex. la Dresse C\_\_\_\_\_ qui avait fait allusion à ces événements dans son rapport du 22 mai 2003, de même que le Dr A\_\_\_\_\_ dans son rapport à SWICA du 26 avril 2002) les médecins dudit service se sont dispensés de le souligner, voire de le mentionner.

De surcroît, après avoir procédé à l'examen du status psychiatrique de la recourante, la Dresse D\_\_\_\_\_ a expliqué qu'elle n'avait pas objectivé de troubles de la mémoire, de la concentration, de l'attention, ni de ralentissement psychomoteur.

Hormis des traits dépressifs lorsqu'elle est confrontée à son bilan existentiel actuel, la patiente ne présenterait pas d'angoisse persistante, ni d'attaque de panique. Les discrets traits anxieux ne permettraient pas de retenir un trouble spécifique de ce registre. Aucun symptôme de la lignée psychotique n'avait été observé. La recourante présentait une amplification verbale des plaintes somatiques sans signe de souffrance objectivable pendant l'entretien et ses plaintes n'ont pas touché l'examineur. Dans son appréciation du cas, la Dresse D\_\_\_\_\_ a expliqué que selon la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, le trouble anxieux et dépressif mixte était une catégorie qui ne devait être réservé qu'au sujet qui présente à la fois des symptômes anxieux et des symptômes dépressifs, sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé.

Le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte posé par la Dresse C\_\_\_\_\_ en rémission n'aurait ainsi aucune incidence sur la capacité de travail. Enfin, en l'absence d'un véritable sentiment de détresse, la Dresse D\_\_\_\_\_ n'a pas retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et a conclu à une capacité de travail exigible à 100 %.

Or, même si l'on admettait que le rapport d'examen remplit toutes les exigences formelles pour lui reconnaître valeur probante, sur le plan matériel, les conclusions de la Dresse D\_\_\_\_\_ n'emportent pas la conviction du Tribunal de céans. En effet, les atteintes à la santé de la recourante identifiées par le SMR et la capacité de travail en découlant, sont contredites par d'autres éléments du dossier de la recourante.

Sur le plan somatique notamment, il résulte du dossier médical que la recourante souffre depuis 1996 de douleurs au niveau de la colonne cervico-dorso-lombaire, de l'épaule, du membre supérieur droit, au niveau des jambes ainsi que des genoux. En 1996, les médecins de la Division de rhumatologie des ("établissement hospitalier"), avaient diagnostiqué des talalgies banales prédominant à gauche.

Les status ostéo-articulaire et neurologique étaient dans les normes; les médecins avaient relevé six points de fibromyalgie positifs.

Suite à une exacerbation de ses douleurs, la recourante a consulté le 16 avril 2002 le Dr A\_\_\_\_\_, rhumatologue, qui a posé les diagnostics de cervico-brachialgies droites atypiques dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique très étendu, un état de stress post-traumatique et un état dépressif. Il a fixé une incapacité de travail à 100 % dès le 16 avril 2002. L'examen neurologique pratiqué par le Dr H\_\_\_\_\_ le 16 avril 2002 a mis en évidence une discrète atteinte de l'épaule droite de type PSH et une sensibilité de l'épicondyle au niveau du coude à droite. L'examen clinique n'a pas révélé de déficit radiculaire au niveau du membre supérieur droit et il n'y avait pas d'argument non plus en faveur d'un syndrome du

tunnel carpien. Au vu de la symptomatologie très protéiforme, le Dr H\_\_\_\_\_ se demandait s'il n'y avait pas un élément dépressif sous-jacent.

Le Dr B\_\_\_\_\_, chirurgien, a examiné la patiente en date du 27 mars 2003, à la demande de SWICA. Il a relevé que les différentes radiographies, et en particulier un scanner cervical de juillet 2002, révèlent de discrètes altérations dégénératives au niveau cervical. Il a conclu à un syndrome douloureux chronique avec tous les points de fibromyalgie positifs et un probable état dépressif associé. L'incapacité de travail à 100 % était justifiée.

Sur le plan psychique, la recourante est suivie depuis le 27 mai 2002 par la Dresse C\_\_\_\_\_ qui a retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme et trouble anxieux et dépressif mixte. L'anamnèse fait état qu'au début de la guerre en Bosnie, la recourante, après avoir été séparée de ses jumeaux et de son mari, a séjourné dans un camp et qu'elle a traversé des moments difficiles pendant cette période. La patiente se plaignait de maux de tête, de multiples douleurs, de mal dormir en raison de cauchemars et des douleurs. Elle n'avait pas envie de faire quoi que ce soit, se sentant très fatiguée. Au status psychique objectif, la patiente était polyplaintive, se disant très préoccupée par sa santé, verbalisant la peur de vieillir et de devenir dépendante. Elle se montrait apathique, avec une perte d'élan vital. Des particularités comportementales de nature sociale, culturelle, familiale, de même que l'immigration jouaient un grand rôle dans les troubles actuels. La Dresse C\_\_\_\_\_ a évalué l'incapacité de travail à 50 %.

Pour le Dr A\_\_\_\_\_ (rapport du 26 février 2002), le diagnostic d'un syndrome somatoforme douloureux était le plus probable. Quant au Dr I\_\_\_\_\_ le diagnostic de fibromyalgie devait être suspecté (rapport du 16 juillet 2002). Enfin, de l'avis du Dr B\_\_\_\_\_, il s'agit d'un syndrome douloureux chronique avec tous les points de fibromyalgie positifs.

Il en résulte ainsi que de nombreux médecins, dont l'expert, ont interprété les signes de non-organicité dans le sens de manifestations inconscientes, mais bien réelles. Certains d'entre eux, ont même fait état de l'ensemble des points caractéristiques d'une fibromyalgie. On ne relève ainsi aucun élément permettant de nier le vécu douloureux de la recourante.

En outre, l'appréciation des médecins du SMR quant à la rémission des symptômes psychiques - notamment de la lignée dépressive et anxieuse - n'emporte pas la conviction du Tribunal de céans non plus. A cet égard, compte tenu des avis d'autres spécialistes et de l'expert, les explications de l'intimé se rapportant à la délimitation des catégories de la CIM internationale apparaissent particulièrement artificielles.

Force est ainsi de constater que les conclusions de la Dresse D\_\_\_\_\_ quant à l'absence d'éléments psychiques et la simulation d'un état douloureux ne se concilient guère avec les autres éléments du dossier médical.

En conséquence, il n'y a pas lieu d'écarter les diagnostics invalidants et l'incapacité de travail médico-théorique totale retenus par le Dr F\_\_\_\_\_.

S'agissant de la capacité d'effectuer des tâches ménagères, l'intimé rétorque que l'on ne saurait déduire de la prise en charge de l'intégralité des tâches ménagères par le mari une incapacité correspondante de la recourante.

Tel n'est pas l'avis du Tribunal de céans.

Il constate que, d'une part que cette incapacité est médicalement attestée (rapport du Dr F\_\_\_\_\_). D'autre part, rien ne laisse à penser que le mari de la recourante a exécuté l'ensemble des tâches ménagères et familiales lorsque l'assurée en était pleinement capable. Compte tenu des origines culturelles du couple et du taux d'activité réduit de la recourante pendant huit ans, le dossier contient au contraire des indices que l'activité ménagère était principalement à la charge de la recourante. Selon le degré de vraisemblance prépondérante, il appert ainsi que l'atteinte à la santé de la recourante a amené son mari à prendre la relève au foyer. Partant, l'argumentation du Dr F\_\_\_\_\_ se justifie.

Il n'y a dès lors pas lieu de mettre en doute l'incapacité totale de la recourante d'effectuer des tâches ménagères.

8. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) 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 (revenu d'invalide). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (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).

L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels des personnes travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode spécifique (jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 al. 1 et 2 RAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 28 al. 3 LAI en corrélation avec les art. 27 al. 1 et 2 RAI et 8 al. 3 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

L'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis al. 1 et 2 RAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 28 al. 3 LAI en corrélation avec les art. 27bis al. 1 et 2 RAI et 8 al. 3 LPGA, ainsi que l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec les art. 27bis RAI et 16 LPGA, ainsi que l'art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des affinités et des talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 396 consid. 3.3, 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références).

Selon la jurisprudence, le statut d'une assurée (personne exerçant une activité lucrative à temps complet, à temps partiel ou sans activité lucrative) dépend de l'activité que l'assurée exercerait depuis son mariage sans la survenance de l'atteinte à la santé (activité lucrative ou tâches ménagères). Il faut donc examiner si l'assurée, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assurée, si elle était demeurée valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assurée, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 117 V 195 consid. 3b; VSI 1996 p. 209 consid. 1c).

9. En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante, en raison de son atteinte à sa santé, a été totalement incapable de travailler depuis le 15 avril 2002 et qu'elle travaillait alors deux heures par jour, cinq jours par semaine et ce depuis le 25 juillet 1996.



Certes, en principe, il conviendrait préalablement de déterminer le statut de l'assurée pour décider quelle méthode doit être retenue pour l'évaluation de son invalidité.

La recourante allègue qu'en bonne santé elle travaillerait à 100% pour des raisons financières, ce qui, au regard des éléments du dossier (situation financière, mari invalide) apparaît probable.

Quoi qu'il en soit, en l'espèce, la recourante a été considérée à la fois totalement incapable d'accomplir un activité lucrative et complètement inapte à exécuter la moindre activité à domicile. En conséquence, que l'on choisisse l'une ou l'autre des méthodes, son degré d'invalidité s'élève à 100%. Il s'ensuit qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité dès le mois d'avril 2003.

10. Bien-fondé, le recours doit être admis. La recourante qui obtient gain de cause a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'occurrence à 2'000 fr.

Enfin, le Tribunal de céans constate que de nombreux éléments du dossier auraient dû conduire l'OCAI à mettre en doute la valeur probante du rapport d'examen de la Dresse D\_\_\_\_\_ et à mettre en œuvre une expertise psychiatrique. Dès lors, il apparaît justifié de mettre les frais d'expertise judiciaire à charge de l'intimé, en raison d'un défaut d'instruction et conformément à l'art. 89H al. 2 LPA.

\*\*\*

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Déclare que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2003.
3. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens de 2'000 fr.
4. Met les frais d'expertise de 2'154 fr. 60 à la charge de l'intimé.
5. 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.

Le greffier

La présidente

Sylvie CHAMOUX

Juliana BALDE

La secrétaire-juriste

Marta TRIGO TRINDADE LAURIN

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