RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3218/2005 **ATAS/837/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 21 septembre 2006

En la cause

Madame J_____, domiciliée Chêne-Bourg, représentée par FSIH - Fédération Suisse pour l'Intégration des Handicapés	recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente,
Juliana BALDE et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Madame J_____, ressortissante de la République fédérale de Yougoslavie, est née en 1946 au Kosovo, où elle a suivi l'école obligatoire, avant de se marier en 1968 et de s'occuper de son ménage et de ses cinq enfants. En 1987, elle a rejoint en Suisse son mari qui y travaillait depuis 1972 (pièces OCAI 1, 9 et 50).

2. Les époux J_____ bénéficient de prestations complémentaires de l'OFFICE CANTONAL POUR LES PERSONNES AGEES (ci-après OCPA), du fait que Monsieur est bénéficiaire d'une rente entière d'invalidité.

3. L'OCPA exigeant qu'elle mette à profit sa capacité de travail, Madame J_____ a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (OCAI), le 24 avril 2003, en invoquant des troubles dépressifs et anxieux ainsi que des douleurs, présents depuis l'année 2000 environ (pièce OCAI 1).

4. L'OCAI a demandé à l'assurée de remplir un questionnaire destiné à déterminer son statut, ce qu'elle a fait, le 25 juin 2003, en indiquant que, si elle avait été en bonne santé, elle aurait exercé une activité lucrative à 100% depuis 2001 en tant que femme de ménage ou aide, en plus de la tenue de son ménage, en raison de besoins financiers (pièce OCAI 13).

5. Dans son rapport médical du 4 juillet 2003, la Dresse A_____, spécialiste en médecine interne, allergologie et immunologie, a diagnostiqué un état dépressivo-anxieux dû à une non-insertion sociale (réfugiée ne parlant pas du tout le français), présent en tout cas depuis 1998, dont elle a estimé qu'il avait des répercussions sur la capacité de travail. Au nombre des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, le médecin a mentionné un status post-crise d'hyperthyroïdie en 1998, une gastrite chronique, un status post-éradication de l'Hélicobacter pylori depuis 1998, une cervicarthrose connue depuis 1998, de l'hypertension artérielle depuis janvier 2001, une gonarthrose bilatérale diagnostiquée en 2002, un colon irritable depuis mars 2002 et de l'obésité. Il a été noté que l'état de santé de la patiente était stationnaire et que des mesures professionnelles étaient indiquées. La patiente se plaignait d'anxiété importante, de douleurs aux genoux, de douleurs abdominales et de brûlures d'estomac. Le médecin a constaté des genoux calmes, sans signes d'inflammation, ni d'épanchement. La Dresse A_____ a expliqué qu'elle avait instauré un traitement de physiothérapie pour la gonarthrose et la cervicarthrose ainsi qu'un traitement à base d'anti-dépresseurs que la patiente n'avait probablement pas suivi. Elle a estimé que le pronostic était mauvais pour l'état anxieux, les troubles fonctionnels intestinaux et les atteintes articulaires dégénératives. Dans son annexe au rapport médical concernant la réinsertion professionnelle, la Dresse A_____ a considéré qu'on pouvait exiger de l'assurée qu'elle exerçât une autre activité ne nécessitant pas l'usage de la langue française et ne sollicitant pas les

genoux. Enfin, dans le rapport médical concernant les capacités professionnelles, elle a mentionné une incapacité à s'agenouiller, à s'accroupir, à fonctionner normalement sur le plan intellectuel et à travailler en hauteur ou sur une échelle (pièce OCAI 18).

6. Le 29 juillet 2003, l'OCAI a demandé au médecin-traitant s'il préconisait un traitement psychiatrique et, dans l'affirmative, quand et chez quel médecin (pièce OCAI 23).

7. Dans sa réponse du 6 août 2003, la Dresse A_____ a précisé qu'elle n'avait pas organisé une consultation psychiatrique en raison des difficultés linguistiques (pièce OCAI 33).

8. Le 14 janvier 2004, l'OCAI a confié un mandat au Service médical régional AI (ci-après : SMR) dans le but de déterminer les limitations fonctionnelles, le taux de la capacité résiduelle de travail, et si des mesures d'orientation professionnelle étaient envisageables (pièce OCAI 36).

9. Le 6 octobre 2004, le SMR a demandé à la Dresse A_____ d'indiquer les limitations fonctionnelles à prendre en compte et le pourcentage de la capacité de travail dans une activité adaptée, indépendamment des problèmes socio-culturels et linguistiques (pièce OCAI 41).

10. Dans son rapport du 13 octobre 2004, le médecin-traitant a précisé qu'au niveau ostéoarticulaire, les limitations étaient secondaires et compatibles avec une cervicuncarthrose C5-C6 accompagnée de rétrécissement des trous de conjugaison. Elle a expliqué que ces altérations, tout comme la gonarthrose bilatérale, étaient dues à l'âge de la patiente. Au niveau psychique, elle a fait état d'un état dépressivo-anxieux avec des malaises sous forme de crises d'anxiété et de somatisation à répétition, probablement lié à la non-insertion sociale de l'intéressée. Elle a estimé que la capacité de travail était entière dans une activité tenant compte des limitations locomotrices ainsi que d'un milieu socio-culturel et linguistique adapté (pièce OCAI 42).

11. Le 11 novembre 2004, l'OCAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique qu'il a confiée au Dr B_____, psychiatre et psychothérapeute (pièce OCAI 44).

12. Le 25 février 2005, ce spécialiste a examiné l'assurée qui, spontanément, se plaignait essentiellement de douleurs, de malaises physiques et de faiblesse. Sur demande du Dr B_____ concernant ses affects, elle a fait part d'anxiété, d'appréhension, de tristesse par rapport à sa situation familiale et au départ de ses enfants, enfin, d'inquiétude par rapport à son état de santé physique. De plus, en n'exprimant aucune émotion, elle a décrit son incapacité à remplir les tâches ménagères ainsi que son manque d'entrain pour la vie familiale et sociale depuis le départ de ses enfants. Le 3 mars 2005, l'expert a pratiqué un test de Hamilton qui a abouti à

un score correspondant à la limite inférieure d'une dépression modérée. Dans son rapport du 18 mars 2005, l'expert a expliqué que, dès son arrivée en Suisse, l'assurée ressentait des faiblesses et présentait des troubles de la santé, le corps glacé, des malaises, des vertiges, un mal au dos, une humeur triste et des pleurs, puis que, progressivement, la pathologie s'était aggravée avec l'apparition de gonalgies et de douleurs diffuses dans tout le corps. L'expert a diagnostiqué des troubles d'adaptation avec réaction mixte dépressive et anxieuse (F 43.22), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) et une personnalité dépendante (F 60.7). Il a précisé que les deux premiers diagnostics étaient présents depuis 1999 et que le dernier diagnostic pouvait être considéré comme la cause de l'incapacité de travail de l'assurée d'exercer une activité lucrative à l'extérieure de son foyer. Il a estimé que la très faible capacité d'introspection de la patiente et ses capacités mentales et de symbolisation limitées laissaient peu d'espoir à un traitement psycho-thérapeutique. Sur la base des renseignements donnés par l'assurée et son mari, l'expert a retenu une nette diminution quantitative et qualitative de son rendement de travail à la maison, à raison de 50%, eu égard aux troubles psychiques. Il a également mentionné un important retrait social, aggravé par le trouble de l'adaptation diagnostiqué depuis 1987. Il a admis que l'assurée pouvait encore exercer son travail ménager à raison de 50%, à savoir quatre heures par jour, ce qui démontrait une capacité résiduelle de travail. Il a reconnu l'existence d'une diminution de la capacité de travail d'au moins 20% depuis 1999, sans évolution depuis lors, et a relevé qu'en dehors de son milieu familial, l'assurée n'était pas du tout adaptée à la société qui l'entourait. Il a estimé que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables (pièces OCAI 49 et 50).

13. Dans son rapport du 25 avril 2005, le Dr C_____, médecin au SMR, a estimé qu'aucun des diagnostics retenus par l'expert n'était invalidant au sens de la loi et que l'invalidité admise par l'expert reposait uniquement sur les dires de l'assurée et de son mari. Il a reproché à l'expert de n'avoir fait preuve d'aucun sens critique et de ne s'être basé sur aucun élément objectif pour étayer sa conclusion. Il a considéré que les limitations fonctionnelles justifiant la limitation de la capacité résiduelle de travail n'étaient pas d'ordre médical, mais étaient dues à l'inadaptation de l'assurée à la société et à sa méconnaissance du français (pièce OCAI 53).

14. Par décision du 10 mai 2005, l'OCAI a rejeté la demande de rente au motif que l'assurée ne présentait pas une invalidité au sens de la loi (pièce OCAI 54).

15. Le 8 juin 2005, l'assurée a formé opposition contre ladite décision. Elle s'est basée sur les conclusions de l'expert pour demander à l'OCAI de reprendre l'instruction de son cas et d'évaluer son taux d'invalidité (pièce OCAI 58).

16. Par décision sur opposition du 19 juillet 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition en expliquant que l'assurée souffrait essentiellement de problèmes d'inadaptation sociale qui n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité (pièce OCAI 60).

17. Par acte du 14 septembre 2005, l'assurée a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales contre ladite décision sur opposition. Elle conclut à l'octroi d'une rente et au renvoi de la cause à l'intimé pour fixation du taux, du montant et du début de cette rente. A l'appui de son recours, elle soutient que l'incapacité de travail susceptible d'ouvrir le droit à la rente ne peut être constatée que par un médecin et que, sur la base des conclusions de l'expert, l'intimé est tenu de lui allouer une rente.

18. Dans sa réponse du 11 octobre 2005, l'intimé a conclu au rejet du recours et renvoyé à la motivation de sa décision sur opposition.

19. Par écriture du 14 novembre 2005, la recourante a persisté dans les conclusions de son recours.

20. Le 11 juillet 2006, le Tribunal a procédé à l'audition du Dr B_____. Lors de cette audience, ce médecin a indiqué qu'il avait constaté une personnalité dépendante, à savoir un fond de personnalité qui avait toujours existé chez l'assurée. Il a précisé qu'elle vivait en vase clos, son univers se limitant à sa famille et à ses enfants, qu'elle passait ses journées à la maison où elle s'occupait de ses tâches ménagères et qu'elle n'avait pas de contact avec l'extérieur. Il a estimé que l'état psychique était cristallisé dans la mesure où il n'y avait pas de plasticité psychique et que les choses ne pouvaient pas changer. Il a expliqué qu'il n'y avait pas véritablement de recherche de profit tiré de la maladie, mais bien plutôt une véritable diminution de l'aptitude au travail. Il a considéré que la patiente avait épuisé toutes ses ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs. Il a ajouté qu'il ne pouvait pas se prononcer sur une éventuelle exagération des symptômes dès lors que la patiente communiquait très peu, mais que ses plaintes ne l'avaient pas laissé insensible. Quant à l'appréciation de la capacité de travail, il a exposé qu'il avait procédé par estimation après avoir demandé à la patiente les tâches qu'elle effectuait et que ses déclarations lui avaient paru plausibles. Il a relevé que les affections des genoux et des articulations lui interdisaient les flexions et les ports de charges ainsi que les tâches lourdes en général telles que passer l'aspirateur. Enfin, il a énoncé que, pour apprécier la capacité de travail, il avait tenu compte tant des problèmes psychiques que physiques et que l'incapacité était influencée à part égale par les deux types de problèmes (25% - 25%).

21. Dans sa détermination du 9 août 2006, la recourante a persisté dans ses conclusions.

22. Pour sa part, l'intimé a estimé que les précisions apportées par le Dr B_____ ne lui permettaient pas de procéder à une appréciation différente du cas et il a persisté également dans ses conclusions. En outre, il a produit un avis médical du SMR daté du 16 août 2006. Dans cet avis, le Dr D_____a relevé que, par définition, un trouble de la personnalité existait depuis la fin de l'enfance ou de l'adolescence et ne constituait pas une comorbidité au sens des critères de Mosimann. En

outre, il a exposé que la vie en vase clos de l'assurée relevait d'un phénomène culturel chez une femme d'origine kosovare et non pas d'un élément pathologique. Il a relevé que la notion jurisprudentielle d'état psychique cristallisé se référait au profit tiré de la maladie et ne concernait pas la plasticité psychique. Il a contesté l'existence d'une dépression, mais a admis celle de réaction dépressive dans le cadre d'un trouble de l'adaptation définie comme état dépressif léger qui ne justifiait pas une limitation significative à accomplir les tâches ménagères.

23. Le Tribunal de céans a communiqué cette écriture au recourant, puis a gardé la cause à juger.

EN DROIT

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

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

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

   Le présent recours concerne le droit à des prestations dès l'année 2001. Les faits déterminants étant antérieurs à l'entrée en vigueur de la LPGA, le cas reste régi, sur le plan matériel, par la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Quant aux règles de procédure, elles sont applicables, 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 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), ne sont pas applicables. Dans la mesure où elles ont été modifiées par la novelle, les dispositions ci-après sont donc citées dans leur version antérieure au 1er janvier 2004.

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Toutefois, le présent cas n'est pas soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé avant le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Étant donné que la décision sur opposition date du 19 juillet 2005, que les délais sont suspendus du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA), le recours du 14 septembre 2005 a été formé en temps utile, le dernier jour du délai de recours. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, il est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

5. Le litige porte sur le statut de la recourante, sur l'évaluation de son invalidité et en particulier sur son droit à une rente de l'assurance-invalidité.

6. a) Selon l'art. 4 al. 1 LAI, 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. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, 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. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (ATF 131 V 49 consid. 1.2). 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).

b) 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).

c) 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 et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; ATFA du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2).

7. a) En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

   b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

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

loureux 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).

b) Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, énumérés ci-dessus (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.5).

9. a) Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 41 LAI), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28 al. 2 et 3 LAI, en corrélation avec les art. 27 s. RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait - les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes - si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références).

   b) Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. 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).

   c) Aux termes de l'art. 5 al. 1 aLAI, les assurés âgés de vingt ans révolus qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont on ne saurait exiger qu'ils exercent une telle activité sont réputé invalides si l'atteinte à leur santé les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Pour évaluer l'invalidité de ces personnes - parmi lesquelles figurent notamment les assurés travaillant dans le ménage - on cherche donc à établir l'importance de cet empêchement (art. 27 aRAI; méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité).

10. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revan-

che, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 ss. consid. 1b et 2 et les références citées). Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative, et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroit entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 122 V 244 consid. 2a, 117 V 295 consid. 2a, 112 V 99 consid. 1a, 110 V 51 consid. 3c et les références citées; cf. aussi ATF 122 V 36 consid. 2a).

En l'espèce, même si l'assurée ne conteste pas dans son recours le statut de ménagère retenu par l'intimé dans sa décision sur opposition du 19 juillet 2005, il y a lieu de vérifier si tel est bien le statut de la recourante dans la mesure où ce dernier a une incidence sur la méthode d'évaluation de l'invalidité.

Dans sa demande de prestations du 24 avril 2003, la recourante a précisé que, si elle avait été en bonne santé, pour des raisons financières, elle aurait travaillé à 100% depuis 2001 en tant que femme de ménage ou aide. Même si la recourante n'a exercé aucune activité lucrative auparavant et s'est toujours occupée de l'éducation de ses enfants ainsi que de la tenue de son ménage, cette affirmation paraît hautement vraisemblable dans la mesure où l'OCPA exigeait de la recourante, en application de l'art. 163 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CCS; cf. ATF 117 V 291 s. consid. 3b; VSI 2001 p. 127 consid. 1b), qu'elle exerçât une activité lucrative et où la situation financière de la famille est des plus précaires. Eu égard à l'absence de formation professionnelle de la recourante, à sa méconnaissance du français et à son âge, elle se serait probablement contentée d'exercer une activité simple et répétitive ne demandant aucune formation spéciale. En conséquence, le Tribunal retiendra que la recourante, sans atteinte à la santé, aurait travaillé à 100% dans une telle activité et donc que son statut d'assurée est celui d'active et non de ménagère, comme l'a retenu à tort l'OCAI.

11. Dans la décision sur opposition litigieuse, l'intimé considère que l'assurée ne souffre d'aucune affection somatique ayant une incidence sur sa capacité de travail. Il relève que, sur le plan psychiatrique, l'expert n'a mis en évidence aucun élément pertinent permettant de justifier une quelconque incapacité de travail, cette dernière étant essentiellement due à des problèmes d'inadaptation sociale. Pour sa part, la recourante rappelle que l'expert a conclu à l'existence d'une capacité résiduelle de travail de 50% dans son activité de ménagère, de sorte qu'en tenant compte de la limitation de sa capacité de travail raisonnablement exigible, elle a droit à une rente d'invalidité.

Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 18 mars 2005, le Dr B_____ a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), des trou-

bles d'adaptation avec réaction mixte, dépressive et anxieuse (F 43.22), une personnalité dépendante (F. 60.7). Il a retenu également une incapacité de travail de 50% depuis 1999 dans l'activité de ménagère et a précisé que le diagnostic de personnalité dépendante empêchait l'assurée de travailler à l'extérieur de son foyer. Le rapport d'expertise du Dr B_____ se fonde sur une anamnèse familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique, un examen de la recourante, un entretien avec cette dernière ainsi que sur les plaintes qu'elle a exprimées, enfin, un test de Hamilton. Il tient compte de l'appréciation de la Dresse A_____. Il a donc été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. L'expert s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé depuis le début de l'incapacité de travail ainsi que sur la capacité de travail exigible et a dûment motivé son point de vue. ll s'ensuit que le rapport d'expertise remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et la référence).

L'intimé conteste les conclusions de l'expert quant aux empêchements ménagers de la recourante, alléguant que son appréciation reposerait uniquement sur les dires de l'assurée et de son mari et ne serait pas motivée par des éléments objectifs.

Contrairement à ce que soutient l'intimé, s'il est vrai que l'expert s'est partiellement basé sur les descriptions de la recourante et de son mari pour apprécier l'incapacité de travail dans les activités ménagères, il a néanmoins fortement relativisé les dires de l'assurée, qui lui affirmait que, depuis 1999, elle était incapable de faire quelque gros travail que ce soit, de cuisiner, de laver le linge, ou de faire le ménage. Lors de son audition par le Tribunal, l'expert a expliqué qu'il avait retenu une incapacité de 50% dans l'activité ménagère depuis 1999 à part égale en raison des problèmes psychiques et physiques. Il a précisé que les affections des genoux et des articulations lui interdisaient les flexions, le port de charges ainsi que les tâches lourdes en général, tel que passer l'aspirateur.

Même si l'on admet une incapacité de travail, encore faut-il, pour admettre l'existence d'une invalidité en présence d'un trouble somatoforme douloureux, qu'il existe une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer un processus de travail n'est pas exigible de la part de la recourante.

L'expertise du Dr B_____ contient suffisamment d'éléments pour trancher la question de l'influence d'une affection psychique sur la capacité de travail de la recourante. Dans son rapport du 18 mars 2005, l'expert a constaté un trouble de la personnalité dépendante ainsi que des troubles de l'adaptation avec réaction mixte dépressive et anxieuse, diagnostiqués depuis l'arrivée de l'assurée en Suisse, soit en 1987. Dans la mesure où ces troubles ne sont pas relativement marqués, on ne saurait toutefois les assimiler à une véritable atteinte à la santé psychique ayant valeur de maladie, d'autant plus que jusqu'en 1999, ils n'ont pas empêché la recourante

d'assumer pleinement ses tâches ménagères (ATFA non publié du 13 juillet 2005, I 626/04, consid. 5.1 et ATFA non publié du 12 septembre 2005, I 497/04, consid. 5.1). De plus, selon le Tribunal fédéral des assurances (ATFA non publié du 2 mars 2005, I 690/04, consid. 6.1), le diagnostic d'épisode dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, respectivement de la fibromyalgie, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1).

Se pose dès lors la question de la présence éventuelle d'autres critères, dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux. En tant que la recourante souffre de troubles de la tyroïde depuis 1998, de gastrite chronique depuis 1998, de cervicarthrose depuis 1998, d'hypertension artérielle depuis 2001, de gonarthrose bilatérale depuis 2002, de troubles du colon depuis 2002 et d'obésité, l'existence d'affections corporelles chroniques est établie.

Il en va de même du critère de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), puisque, selon les médecins, la recourante présente une longue évolution des douleurs.

En revanche, compte tenu de son aptitude à assumer toutes les tâches ménagères n'impliquant pas un effort physique et du soutien de ses cinq enfants, notamment de son dernier fils, l'assurée n'a pas épuisé toutes ses ressources adaptatives et ne subit pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, même si elle vit quelque peu dans une situation de retrait (ATFA du 2 mars 2005, I 690/04, consid. 6.2 et ATFA du 12 septembre 2005, cause I 497/04 consid. 5.2.2.).

De plus, l'état psychique de la recourante est stabilisé grâce à une médication adéquate aux psychotropes. Il faut, toutefois, relever que son médecin-traitant la suspecte de ne pas prendre ses anti-dépresseurs. Aussi - et même si, selon l'expert, l'intéressée ne semble pas disposer des capacités d'élaboration nécessaires à une prise en charge psychiatrique - n'y a-t-il pas lieu de conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique ou à l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (ATFA non publié du 24 août 2005, I 752/04).

Sur le vu de ce qui précède, les troubles psychiques présentés par la recourante ne se manifestent pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, ils excluent toute mise en valeur de la capacité de travail de celle-ci. Au contraire, il y a lieu d'admettre le caractère exigible d'un effort de volonté de sa part en vue de surmonter la douleur et de se réinsérer dans un processus de travail.

12. Selon la Dresse E_____, parmi toutes les affections présentées par la recourante, notamment une cervicarthrose, une gonarthrose bilatérale, des troubles de la tyroïde, une hypertension artérielle, une gastrite chronique et de l'obésité, seul un état dépressivo-anxieux dû à sa "non-insertion sociale" provoque une diminution de la capacité de travail. Elle précise, toutefois, que la cervicarthrose et la gonarthrose entraînent une incapacité à s'agenouiller, à s'accroupir et à travailler en hauteur ou sur une échelle. Dans la mesure où la recourante souffre d'arthrose à la colonne vertébrale et aux genoux, l'appréciation de la capacité de travail par la Dresse E_____ n'emporte pas la conviction d'autant plus que la reconnaissance d'incapacités à s'agenouiller, à s'accroupir et à travailler en hauteur ou sur une échelle paraît contredire l'absence d'incapacité de travail imputable à des affections physiques.

    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 (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).

    En l'espèce, il n'est pas nécessaire de procéder à un complément d'instruction sur la question de l'incapacité de travail due aux affections physiques, car les diverses limitations physiques évoquées par la Dresse E_____ n'empêcheraient pas l'assurée d'exercer une activité simple et répétitive évitant les agenouillements, le port de charges et le travail en hauteur. En conséquence, l'éventuelle incapacité de travail de la recourante dans une activité adaptée ne peut être que minime. On pourra par la suite, pour déterminer le revenu d'invalide, se référer au salaire mensuel brut (valeur centrale), tel qu'il résulte de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour des activités simples et répétitives du secteur privé, toutes branches économiques confondues. Certes, il serait préférable, afin de coller au plus près de la réalité, de déterminer d'abord avec précision quelles activités l'assurée est encore en mesure d'exercer malgré son handicap, en les spécifiant clairement. Toutefois, dans la mesure où le montant retenu représente le salaire mensuel brut (valeur centrale) pour des postes de travail qui ne requièrent pas de qualifications professionnelles particulières, on peut admettre, que la plupart de ces emplois sont, abstraction faite des limitations éprouvées par la recourante, conformes aux aptitudes de celle-ci : au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et adaptées au handicap de l'assurée.

13. a) 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 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). 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 222 et 128 V 174).

    b) Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est née le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4).

    c) Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base, notamment, des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75. consid. 3b/bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. (ATF 124 V 321). 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 (ATF 126 V 79-80 consid. 5b/aa-cc).

14. En application de l'art. 29 al. 1 let. b LAI et de l'art. 48 al. 2 LAI, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer en 2002 puisque les troubles dont souffre la recourante sont présents depuis 1999 et que sa demande de prestations date d'avril 2003.

    En l'espèce, en raison de son état de santé, la recourante n'a jamais exercé d'activité lucrative. Dans ces circonstances, il convient de déterminer les revenus avec et sans invalidité en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb), en particulier, au salaire moyen auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé en 2002 puisque ces secteurs - ainsi que cela a déjà été relevé supra - recouvrent un large éventail d'activités ainsi qu'un nombre significatif d'activités légères ne requérant pas de qualifications professionnelles particulières et donc adaptées

au handicap de la recourante (cf. Plädoyer, 2002/6 p. 64, consid. 4b; SVR 2002 IV no 24 p. 76 consid. 3; ATFA non publiés du 16 juillet 2004, I 719/03, consid. 4.2 et du 10 avril 2006, U 12/05, consid. 5).

Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même tabelle statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATFA non publié du 15 avril 2003, I 1/03, consid. 5.2).

En l'occurrence, même en procédant à l'abattement maximum de 25% sur le revenu d'invalide (cf. ATF 126 V 78 consid. 5), le taux d'invalidité est au maximum de 25% de sorte qu'il est insuffisant pour ouvrir droit à une rente de l'assurance-invalidité.

15. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, est rejeté.

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. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

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

La greffière — La présidente

Janine BOFFI — Karine STECK

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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