REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3723/2006 **ATAS/123/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 13 février 2007

En la cause

Madame M_____, domiciliée à GENEVE, représentée par Me Marianne BOVAY, en l'Etude de laquelle elle fait élection de domicile	recourante

contre

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

Siégeant : Jean-Louis BERARDI, Président suppléant ; Juliana BALDE et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Madame M_____, ressortissante arménienne, née en 1958, est arrivée en Suisse en 1998 avec ses deux filles (nées en 1989 et 1980), en tant que requérante d'asile. Elle a obtenu le statut de réfugiée le 20 décembre 2002.

2. Porteuse d'un diplôme de sage-femme, elle n'a jamais travaillé, ni dans cette profession, ni dans une autre, hormis du 1er novembre 2002 au 28 février 2003, en qualité d'ouvrière horlogère à plein temps, activité qu'elle a dû interrompre à la suite de ses problèmes de santé.

3. Du 29 septembre au 22 octobre 1999, l'intéressée a été hospitalisée pour un état dépressif sévère avec idéations suicidaires. Dans un rapport du 25 octobre 1999 adressé au médecin traitant, le docteur A_____, de la « *médecine des migrants et des réfugiés* » des ("établissement hospitalier"), les docteurs B_____ et C_____, du Département de psychiatrie des "établissement hospitalier", ont diagnostiqué un épisode dépressif sévère avec symptôme psychotique (F32.2), un état de stress post traumatique (F43.1), un isolement psychosocial (S10.3) et des problèmes socioculturels (S07.3). L'autonomisation de la fille aînée avait constitué un facteur de stress aigu. Selon les praticiens, la symptomatologie dépressive s'était progressivement amendée avec disparition des hallucinations au 7ème jour. Ils indiquaient également que la patiente présentait un état de stress post traumatique concernant un emprisonnement de courte durée en Arménie, durant lequel elle avait été le témoin de violences physiques et psychiatriques sur d'autres prisonniers ; elle-même avait été victime de sévices sexuels à cette occasion. Les praticiens avaient encouragé la patiente à verbaliser les évènements, mais celle-ci refusait catégoriquement un interprète, craignant des représailles, si bien que cela n'avait pu être fait que partiellement. Dans ce contexte, ils proposaient de rediscuter une prise en charge conjointe par « Appartenances » (association d'aides aux migrants, comprenant notamment un service de consultations psychothérapeutiques).

   A la sortie de l'hôpital, l'assurée a continué à être prise en charge par le docteur A_____.

4. Le 15 mars 2004, l'assurée a présenté une demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI), en raison de « *douleurs à l'épaule droite, ostéoporose, arthrose, dépression et ulcère à l'estomac* ».

5. Dans un rapport du 4 mai 2004, la doctoresse D_____, généraliste, a attesté que sa patiente, suivie par elle depuis fin 2001, souffrait d'un état dépressif sévère, de scapulalgies droites, de cervicalgies avec hypoesthésie dans le territoire du nerf cubital droit, de dorso-lombalgies chroniques avec pincement discal discret L4-L5, de gonalgies bilatérales sur condropathie femoro-patellaire et status après ménisectomie du genou droit. L'assurée présentait en outre un empêchement de

travailler à 100% de durée indéterminée depuis le 3 mars 2003, sa capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales et des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. En raison de son état dépressifs et ses douleurs multiples, la patiente ne disposait plus d'aucune capacité fonctionnelle dans le cadre de sa dernière activité professionnelle ; lesdites affections rendaient par ailleurs « *difficile tout travail* ».

6. Selon un courrier du docteur E_____ ("établissement hospitalier"), du 6 mai 2004, l'examen électrophysiologique avait montré un ralentissement focal de la vitesse de conduction du nerf ulnaire D au coude, ce qui suggérait une atteinte mécanique à ce niveau. Une comparaison avec l'autre membre supérieur, ainsi qu'un examen myographique détaillé n'avait pas pu être réalisés en raison d'un refus de la patiente.

7. Par lettre du 27 mai 2004, la doctoresse D_____ a indiqué à l'OCAI que le suivi psychothérapeutique se poursuivait auprès du docteur A_____.

8. L'OCAI a mandaté le Service médical régional AI (SMR) en vue d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) de l'assurée, laquelle a été examinée le 27 janvier 2006. Dans leur rapport du 5 mai 2006, approuvé par le médecin-conseil de l'AI, le docteur F_____ (rapport du 22 mai 2006), les doctoresses IMHOF (spécialisée en médecine physique et rééducation) et G_____ (« *psychiatre FMH* »), ont diagnostiqué des dorsolombosciatalgies communes dans le cadre d'un trouble dégénératif débutant, ostéopathie du rachis lombaire, insuffisance posturale et déconditionnement global. Selon le SMR, la capacité de travail de l'intéressée était totale dans son activité habituelle, respectivement dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (port de charges inférieures à 13 kg).

   Sur le plan psychiatrique, les praticiennes n'avaient objectivé aucun trouble de la mémoire, de la concentration ou de l'attention, ni de symptômes de la lignée dépressive en faveur d'un diagnostic de dépression majeure, ni de signes florides de la lignée psychotique, ni de symptômes en faveur d'un état de stress post-traumatique, ni de modification durable de la personnalité. L'assurée présentait un léger ralentissement psychomoteur. Elle était démonstrative, amplifiait ses plaintes, sans aucun signe de souffrance objectivable pendant l'entretien. Aucun symptôme en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'avait été mis en évidence. Les expertes avaient en outre constaté une divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs de caractère vague, l'absence de demande de soins, le fait que les plaintes démonstratives avaient laissé insensible l'examinateur, un environnement psychosocial inchangé depuis l'arrivée de l'assurée en Suisse. Cette dernière s'exprimait avec une certaine difficulté en français, mais avait refusé la présence d'un interprète lors de l'expertise. Sur la base de l'examen clinique, l'assurée ne

souffrait d'aucune pathologie psychiatrique invalidante et sa capacité de travail exigible était entière dans toute activité.

Commentant le rapport d'hospitalisation des "établissement hospitalier" du 25 octobre 1999, les expertes ont relevé que la symptomatologie anxio-dépressive d'intensité sévère développée alors par l'intéressée était réactionnelle au départ de sa fille, laquelle, après l'hospitalisation de sa mère, était rentrée à la maison. Après seulement sept jours d'hospitalisation, l'état de l'assurée s'était amélioré et l'état dépressif majeur était désormais en rémission complète. Les expertes étaient en outre « *quelque peu étonnées* » du diagnostic d'état de stress post traumatique posé en 1999, sans aucune explication clinique et après deux ans de l'évènement traumatisant, soit une nuit d'emprisonnement en Arménie en 1997. Selon elles, les critères cliniques en faveur d'un état de stress post traumatique n'étaient pas réunis. Elles n'avaient en particulier pas objectivé une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, ni une reviviscence répétée de l'événement traumatique, de flash-back, d'anesthésie psychique, d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, ni d'évitement des stimuli qui éveillent les souvenir du traumatisme. Par ailleurs, l'assurée avait eu une activité professionnelle du 1er novembre 2002 au 1er mars 2003.

Sur le plan somatique, aucune lésion structurelle ne permettait d'expliquer les douleurs et les handicaps allégués. Il existait en outre une nette discordance entre les plaintes, les mouvements spontanés et les données cliniques. Il s'agissait donc très certainement d'une amplification des symptômes avec tous les signes comportementaux positifs et il n'y avait aucune limitation fonctionnelle objective si ce n'est un déconditionnement avancé. Ce dernier était cependant réversible et un reconditionnement ciblé était susceptible d'augmenter la tolérance à l'effort.

Le rapport du SMR fait également état d'un entretien téléphonique du 16 janvier 2006, à teneur duquel le docteur A_____ avait informé les expertes que l'assurée bénéficiait d'un suivi auprès de la psychologue de service (depuis septembre 2005) et qu'elle souffrait d'un état dépressif important, d'une expérience de catastrophe (sic) et de problèmes somatiques. En 1997, la patiente avait été emprisonnée et torturée, mais avait peu parlé de cet épisode avec le psychiatre de CTB (Centre de thérapie brève) en 1999.

9. Par décision du 31 mai 2006, l'OCAI a rejeté la demande de prestation.

10. Par acte du 5 juillet 2006, l'assurée a formé opposition contre ladite décision, concluant à l'octroi d'un reclassement professionnel, ainsi qu'à l'allocation d'une demi-rente d'invalidité. En substance, elle a contesté la valeur probante du rapport du SMR du 5 mai 2006 (qui niait l'existence d'un état dépressif sévère, respectivement d'un syndrome de stress post traumatique), motif pris que la gravité

de son état n'avait pas pu être mise en évidence lors de l'expertise en raison même de l'impossibilité pour elle d'évoquer les graves sévices dont elle avait été victime en Arménie. L'opposante s'est prévalue à cet égard d'une attestation médicale de son médecin traitant, le docteur A_____, chef de clinique à la Consultation pour victimes de Torture et de Guerre, Unité de Médecine des Voyages et Migrations, des "établissement hospitalier", du 28 mai 2006.

Ce praticien y atteste que la patiente est régulièrement suivie dans cette Consultation depuis janvier 1998 pour des problèmes somatiques et psychologiques liés aux violences sévères subies dans son pays d'origine. Il précise que, depuis un an, la patiente bénéficiait à nouveau d'une psychothérapie régulière en raison de l'état anxieux et des phénomènes de réminiscence. La reprise du traitement avait été difficile en raison de la sévérité du traumatisme et de l'importance des séquelles psychologiques. Selon lui, l'assurée présentait en particulier un état dépressif sévère (ICD 10 F32-1) ; un syndrome de stress post-traumatique chronique sévère (ICD 10 F43-1) versus une modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe (ICD10 F2-0). Concernant le rapport du SMR du 5 mai 2006, le docteur A_____ a constaté que les problèmes liés au stress post-traumatique n'avaient pas été pris en considération, vraisemblablement en raison des mécanismes d'évitement propres à ce syndrome. La patiente éprouvait, en effet, énormément de difficultés à évoquer les violences extrêmes subies dans son pays.

En raison de ces difficultés, le praticien estimait nettement contre-indiquée une reprise d'activité dans le même type d'activité (travail minutieux en atelier d'horlogerie), le risque de rechute ou d'aggravation des troubles psychologiques étant important en cas de reprise dans ces conditions. Une activité régulière paraissait néanmoins importante sur le plan thérapeutique. Il proposait une évaluation complémentaire par le docteur H_____, psychiatre spécialiste du stress post-traumatique auprès du Département de Psychiatrie des "établissement hospitalier", afin d'évaluer le degré du handicap psychologique lié aux séquelles post-traumatiques et le type d'activité que la patiente pourrait reprendre.

11. Par décision sur opposition du 12 septembre 2006, l'OCAI a maintenu sa décision du 31 mai 2006, estimant que les éléments décrits dans le certificat du docteur A_____ du 28 mai 2006 ne lui permettaient pas de modifier sa position, dans la mesure où l'experte avait déjà eu un contact téléphonique avec ce praticien dans le cadre de l'examen de l'assurée.

12. Par acte posté le 13 octobre 2006, l'assurée a saisi le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : le Tribunal), par l'intermédiaire de Me Marianne BOVAY. Elle a conclu à l'octroi de prestations de l'assurance invalidité sous forme de rente d'invalidité partielle et d'un reclassement professionnel. Préalablement, la recourante a requis l'audition des docteurs A_____ et G_____ et sollicité une contre-expertise psychiatrique.

En substance, elle a contesté les conclusions de l'expertise du SMR du 5 mai 2006, au motif que, selon les médecins traitants, le traumatisme subi en Arménie était *« gravissime et avait des répercussions sur le plan psychique qui ont valeur de maladie invalidante »* (mémoire de recours, p. 2, § 5). La gravité de son état de santé n'avait pas pu être mise en évidence lors de l'expertise en raison même de l'impossibilité pour elle d'évoquer les graves sévices subis. Dans cette mesure, l'expertise était incomplète, alors que, selon le docteur A_____, lesdits sévices étaient « *les pires qu'il n'ait jamais entendus dans le cadre de la consultation pour victimes de la torture à l'Hôpital cantonal* » (mémoire, p. 3, § 11). Selon la recourante, ce praticien avait également considéré que l'expertise présentait des lacunes, notamment dans l'appréciation des pathologies dans la classification CIM 10. Enfin, elle souhaitait pouvoir travailler à temps partiel, afin d'être occupée et éviter les problèmes de « flash back » consécutifs au stress post traumatique dont elle était affectée. Toutefois, afin d'éviter l'exercice d'une activité répétitive et monotone (à l'instar de celle d'ouvrière en horlogerie brièvement exercée), qui ne ferait qu'empirer son état en lui faisant revivre les scènes de souffrances passées, elle sollicitait un reclassement professionnel.

13. Dans son préavis du 2 novembre 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours, respectivement au maintien de sa décision sur opposition du 12 septembre 2006. A l'appui de sa position, cet Office a retenu que le SMR s'était déjà dûment prononcé sur l'appréciation du psychiatre traitant de la recourante, puisqu'il avait indiqué, dans son rapport du 5 mai 2006, les raisons pour lesquelles les diagnostics retenus par le docteur A_____ ne pouvaient être pris en considération. En outre, l'assurée n'avait produit aucune pièce médicale nouvelle qui justifiait une instruction complémentaire en l'espèce.

14. L'instruction d'une autre cause en matière d'invalidité, pendante devant le Tribunal de céans, a révélé que la doctoresse G_____ 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, la doctoresse G_____, en sa qualité de médecin dépendant, était 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 (cf. courrier du docteur I_____, du 22 janvier 2007, communiqué aux parties le 2 février 2007).

15. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs. Le Tribunal fédéral a jugé que cette solution était la plus rationnelle et conforme de surcroît au droit fédéral (ATF 130 I 233 consid. 3.4).

   Par ailleurs, l'objet du recours ressortit à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 19 juin 1959 (LAI), de sorte que le Tribunal de céans est matériellement compétent pour statuer en l'espèce (cf. art. 56 V al. 1 let. a ch.2 LOJ).

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4, consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi d'examiner le bien-fondé de la décision sur opposition du 12 septembre 2006 à la lumière des nouvelles dispositions de la LPGA et de la LAI (ATF 130 V 3342, consid. 2.2 et 2.3).

3. Interjeté dans la forme et le délai, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

4. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité de la recourante et en particulier sur le droit à une mesure de reclassement professionnel, respectivement à une demi-rente de l'assurance-invalidité.

5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte

à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298consid. 4c in fine).

   La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

   Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à

l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49, consid. 1.2).

7. 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).

8. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2006 : art. 132 al. 1 de la loi sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005, entrée en vigueur le 1er janvier 2007), 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).

   L'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3b p. 263). Ainsi l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du

dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a p. 283).

Quant au juge cantonal, il dispose d'une large liberté dans le choix des preuves qu'il entend administrer. Cette liberté est le corollaire de l'obligation à sa charge d'établir les faits déterminants pour l'issue du litige (art. 61 let. c LPGA). S'agissant d'une expertise médicale, il a en principe la possibilité soit de commettre lui-même un expert soit de renvoyer la cause à l'administration pour qu'elle mette en œuvre une expertise (ATFA du 7 août 2003, cause I 656/02, consid. 3.3 ; RAMA 1993 p. 136).

9. D'emblée, il sied d'observer que, selon les informations reçues du médecin cantonal vaudois, la doctoresse G_____ n'était pas habilitée à signer le rapport du SMR du 28 mai 2006 avec le titre de "psychiatre FMH" et qu'elle n'était alors pas davantage formellement autorisée à travailler comme médecin dépendant auprès du SMR. Il n'est toutefois pas nécessaire d'analyser ici la portée juridique de ces irrégularités, - qui ne préjugent pas des compétences professionnelles de cette praticienne -, dès lors que la valeur probante de l'expertise en cause doit de toute façon être déniée conformément aux considérations suivantes.

   En l'espèce, les rapports du SMR du 28 mai 2006 et du docteur A_____ (chef de clinique à la Consultation pour victimes de Torture et de Guerre des "établissement hospitalier", par ailleurs médecin spécialisé dans ce domaine : cf. Jurisprudence de la Commission suisse de recours en matière d'asile, JICRA 1997 n° 14, p. 122) sont contradictoires quant aux diagnostics de stress post-traumatique et d'état dépressif sévère, respectivement l'incapacité de travail de la patiente, soit sur des points essentiels pour apprécier le droit aux prestations litigieuses. Invitée à se déterminer sur les objections de son confrère, selon lequel les problèmes liés au stress post-traumatique n'avaient pas été pris en considération dans l'expertise, et cela vraisemblablement en raison des mécanismes d'évitement propres à ce syndrome et des difficultés énormes éprouvées par la patiente à évoquer les violences extrêmes subies dans son pays, la doctoresse G_____ s'est limitée à affirmer, sans autre explication, que cet élément n'était pas susceptible de modifier la position du SMR (cf. avis du SMR du 4 septembre 2006).

   Or, les expertes ont elles-mêmes constaté que la patiente s'exprimait avec une « *certaine difficulté en français* ». On peine dès lors à discerner comment celles-ci ont pu attester en particulier l'absence de mécanismes d'évitement de la part de l'expertisée. De surcroît, le contenu de l'entretien téléphonique du docteur A_____ à la doctoresse G_____, mentionné dans l'expertise du SMR (p. 7), n'a pas été communiqué à la recourante avant la décision querellée du 31 mai 2006, en violation de son droit d'être entendue, ce qui en atténue sensiblement la valeur probante (cf. ATFA du 13 août 2002, I 604/01, consid. 3). A cela s'ajoute

que la doctoresse IMHOF n'est apparemment pas spécialisée en rhumatologie, mais en médecine physique et rééducation, alors que le mandat de l'OCAI portait**,** également, sur une expertise rhumatologique

Il apparaît en outre que les médecins du SMR n'ont examiné que très superficiellement les critères jurisprudentiels relatifs au caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux (cf. ci-dessus, consid. 6). Ceux-ci ont en effet énuméré, sans plus ample développement, un certain nombre d'éléments qui pouvaient constituer autant d'indices plaidant dans le sens d'une exagération des symptômes. Enfin, il est a priori contradictoire d'appliquer les critères développés en matière de troubles somatoformes douloureux pour apprécier le caractère invalidant des plaintes douloureuses de la patiente, alors que les expertes ont, préalablement, conclu à l'absence d'un tel trouble en l'espèce.

Dans ces conditions, force est de constater que le rapport du SMR du 28 mai 2006, établi par ailleurs à l'issue d'une consultation unique, est lacunaire et insuffisamment motivé, si bien qu'il ne satisfait pas aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

Il apparaît ainsi que les faits tels qu'ils ressortent du dossier médical sont incomplets et qu'ils ne permettent pas de se prononcer valablement sur la question de droit litigieuse. Il s'impose donc de renvoyer la cause à l'Office intimé pour qu'il complète l'instruction et rende ensuite une nouvelle décision.

A cette fin, il conviendra de confier une expertise bidisciplinaire à un rhumatologue et à un spécialiste du syndrome du stress post-traumatique (par exemple le docteur H_____, psychiatre aux "établissement hospitalier"), afin d'évaluer en particulier le degré d'incapacité de la recourante, ainsi que le type d'activité que celle-ci pourrait encore exercer, le cas échéant après l'octroi de mesures médicales et de réadaptation professionnelle visant à améliorer sa capacité de travail dans une activité non répétitive (cf. ATFA du 28 août 2001, I 128/01, consid. 3 ; ATFA du 8 juillet 2004, I 380/03, consid. 4.2).

10. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA); fixés en l'espèce à Fr.1'000.-.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare recevable le recours ;

Au fond :

2. L'admet partiellement ;

3. Annule les décisions de l'OCAI des 31 mai et 12 septembre 2006 ;

4. Renvoie la cause audit Office pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision ;

5. Dit qu'il n'est pas perçu de frais de justice ;

6. Dit que l'Office intimé versera à la recourante Fr. 1'000.- à titre de dépens ;

7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le Président suppléant
Yaël BENZ	Jean-Louis BERARDI

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