

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/377/2009

ATAS/1101/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 8 septembre 2009

En la cause

Madame F_____, domiciliée à VEYRIER, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître BROTO Diane

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame F_____ (ci-après la recourante ou l'assurée), née en 1972, de nationalité portugaise, au bénéfice d'un permis C, divorcée et mère d'un jeune enfant, a travaillé en tant qu'assistante d'hôtel et en dernier lieu, en tant qu'aide à domicile.
2. Le 24 novembre 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE (ci-après l'OCAI ou l'office) en raison d'une fibromyalgie, de douleurs corporelles, de maux de tête et d'une dépression, cette dernière existant, selon elle, depuis trois années.
3. Dans un rapport établi le 8 décembre 2003, le Dr L_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a indiqué sous la rubrique intitulée "diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail" que sa patiente souffrait d'un état dépressif avec crises sévères et d'une fibromyalgie et, sous la rubrique "diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail", qu'elle avait des crises de migraine à répétition. Dès lors, il a estimé que l'incapacité de travail de l'assurée s'élevait à 100 % dès le 18 février 2002 et ce pour une durée indéterminée. Dans l'annexe au rapport, il a précisé que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible, qu'il existait une diminution de rendement, l'assurée ne parvenant pas à se concentrer, qu'il n'était pas possible d'améliorer sa capacité de travail dans le poste occupé et qu'il n'était pas actuellement envisageable d'exiger d'elle qu'elle exerce une autre activité lucrative ; En outre, l'assurée ne pouvait pas rester dans la même position durant plus de deux heures, elle ne pouvait s'accroupir, lever, porter ou déplacer des charges, se baisser, effectuer un travail en hauteur, se déplacer en pente ni travailler avec un horaire irrégulier.
4. A la demande du SERVICE MEDICAL REGIONAL (ci-après SMR) et en raison du fait que l'assurée n'avait pas de suivi psychiatrique, une expertise psychiatrique a été effectuée par les Drs M_____, psychologue FSP et N_____, psychiatre et psychothérapeute, le 2 décembre 2005.

Les experts ont posés les diagnostics suivants : "Trouble dépressif majeur, récurrent en rémission partielle, d'intensité actuelle mineure, trouble panique sans agoraphobie, trouble douloureux lié à des facteurs psychologiques, trouble conversif mixte, dépendance aux benzodiazépines, non-observance du traitement médical; trouble de la personnalité non spécifié, traits de personnalité abandonnique, traits de personnalité sensitive, structure psychosomatique"

Selon les médecins, l'activité d'aide à domicile n'était plus exigible, de même que celle de gouvernante ou d'aide-gouvernante ; toutefois, avec l'aide de

mesures thérapeutiques et éventuellement de mesures professionnelles, une capacité de 50 % était estimée dans une activité adaptée. Sur le plan social, l'assurée vivait principalement en surinvestissant son fils et sa famille nucléaire avec une vie sociale au demeurant peu étoffée. La perte de l'ancrage professionnel avait aussi porté atteinte à son intégration sociale. Les médecins ont par ailleurs estimé que le caractère chronique de l'affection paraissait établi, celle-ci s'étant développée dès 2000, pour prendre un caractère nettement handicapant dès 2002. L'évolution n'était, au surplus, pas marquée par une nette amélioration et le pronostic pour le futur était réservé.

S'agissant de l'état psychique, ce dernier paraissait cristallisé. En outre, l'assurée s'était montrée inaccessible à une prise en charge psychiatrique. Les experts ont par ailleurs relevé que cette dernière suivait assidûment son médecin traitant pour les soins qu'elle pouvait concevoir comme utiles.

Concernant la possibilité d'améliorer la capacité de travail de l'assurée, les médecins ont précisé qu'un suivi psychiatrique était idéalement souhaité et qu'à défaut, une intensification de la prise en charge par le médecin traitant était recommandé.

Les experts ont ainsi reconnu à l'assuré une incapacité de travail de 50 % depuis août 2002 et de 70 % au moins depuis fin 2002.

5. Dans un avis du 5 février 2007, le Dr O_____ du SMR a contesté les conclusions prises par le Dr N_____. Il a considéré que les diagnostics et les conclusions de l'expert n'avaient pas été correctement conduits. Pour cela, il a passé en revue les critères établis par la jurisprudence, dont il a estimé qu'ils n'étaient pas réalisés, écartant ainsi l'incapacité de travail fixée par les experts.

Le médecin a conclu qu'il était légitime d'exiger de l'assurée qu'elle suive un traitement adéquat durant 6 mois au moins, et de la soumettre à une nouvelle évaluation au terme de ce délai. Suite à l'avis du SMR du 5 février 2007, l'OCAI a imparti à la recourante, par courrier du 5 février 2005, un délai pour prendre contact avec un médecin psychiatre. Cette dernière n'a toutefois jamais été suivie régulièrement comme l'avait pourtant exigé l'Office.

6. Suite à un courrier adressé par l'OCAI au Dr L_____, ce dernier a indiqué, le 10 décembre 2007, qu'il y avait aggravation de l'état dépressif de l'assurée.
7. Le 10 janvier 2008, la Dresse P_____ du SMR a requis une expertise rhumato-psychiatrique au BUREAU ROMAND D'EXPERTISE MEDICALE (ci-après BREM) pour évaluer l'évolution de la santé de l'assurée depuis l'expertise du Dr N_____, le 2 décembre 2005.

8. L'assurée à été convoquée, le 28 août 2008, par les Dr Q_____, spécialiste en FMH en rhumatologie et médecine interne et par le Dr R_____ spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie tous deux du BREM pour une expertise bidisciplinaire.

Il résulte de cette expertise que le syndrome somatoforme douloureux persistant, le trouble dépressif anxieux mixte en rémission, l'excès pondéral et le lipoedème des membres inférieurs n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Le diagnostic de fibromyalgie a été écarté par Dresse Q_____. A cet égard, elle s'explique de la façon suivante : "le diagnostic de fibromyalgie nécessite une vérification des points d'insertion sur 3 mois au moins. Ils peuvent évoluer, varier en nombre dans le temps. Actuellement nous avons plutôt un tableau de douleurs diffuses chroniques irréductibles dans un contexte de cellulalgie des membres inférieurs et d'un discret déconditionnement global chez une dame de 36 ans, tabagique, qui n'effectue pas d'activité physique régulière".

Par conséquent, seul le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant a été reconnu. Dès lors les médecins ont examiné la question de savoir si les critères dits de Mosimann étaient réalisés. Ils ont indiqué ne pas avoir diagnostiqué de trouble formel de la personnalité. Selon eux, les traits sensitifs et abandonniques, évoqués par le Dr N_____ n'atteignaient pas l'intensité suffisante pour constituer le diagnostic de "trouble de la personnalité non spécifié" ; ils se sont par conséquent écartés de ce diagnostic. Ils ont en revanche posé le diagnostic de trouble dépressif et anxieux mixte en rémission. Par ailleurs, ils n'ont pas retenu les diagnostics de "trouble dépressif majeur, récurrent en rémission partielle, d'intensité actuelle mineure " et de " trouble panique sans agoraphobie", lesquels avaient été, selon eux, posés de manière essentiellement anamnétique, faute de signes cliniques lorsque l'expertise avait été effectuée en 2005. Ils ont ajouté que le trouble dépressif et anxieux mixte qu'ils avaient eux-mêmes diagnostiqué chez l'assurée n'atteignait pas l'intensité suffisante pour constituer en soi une cause d'incapacité de travail ou une comorbidité psychiatrique à son syndrome somatoforme douloureux persistant. Par ailleurs, l'assurée ne présentait pas de pathologie somatique, ni de retrait social dès lors qu'elle était en contact avec sa famille et ses amis.

Les experts ont également indiqué que l'assurée attestait de douleurs fluctuantes à l'intensité maximale, dont ils avaient eu de la peine à lui faire préciser les caractéristiques. En outre cette dernière n'avait pas poursuivi sa prise en charge, commencée en 2007 auprès d'un spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Elle était en revanche toujours suivie par son médecin interniste traitant. Enfin, elle ne présentait pas de retrait social, ce qui ne corroborait pas le handicap allégué.

Au vu de ce qui précède et compte tenu au premier plan de l'absence de comorbidité psychiatrique suffisante, les médecins n'ont pas considéré le syndrome somatoforme douloureux persistant comme justifiant une incapacité de travail. En outre, le trouble dépressif et anxieux mixte diagnostiqué était, selon eux, en rémission vraisemblablement depuis 2005 et ce en prenant en considération les éléments cliniques établis par le Dr N_____. Par conséquent, il n'y avait pas lieu de considérer, comme le faisaient les experts précédents, qu'il y avait une incapacité de travail à 50 % depuis août 2002 et à 70% depuis décembre 2002. Par ailleurs, ils n'ont pas relevé de limitation fonctionnelle psychiatrique en dehors des douleurs alléguées.

Enfin, sous la rubrique, "influences sur la capacité de travail", ils ont mentionné qu'il n'y avait aucune limitation, tant sur le plan physique que mental, et aucune de diminution de rendement.

9. Dans un rapport du 13 novembre 2008, le Dr S_____, médecin FMH spécialiste en médecine interne et travaillant pour le SMR, a constaté qu'au vu des éléments développés et conclusions prises dans l'expertise du 5 novembre 2008, les experts du BREM s'étaient écartés de la première expertise établie par le Dr N_____ et rejoignaient ainsi les conclusions émises par le SMR.
10. Un projet de décision a été adressé à l'assurée le 20 novembre 2008, aux termes duquel une capacité de travail entière a été reconnu par l'OCAI.
11. Par courrier du 9 décembre 2008, l'assurée a déclaré s'opposer au projet de décision. Elle a allégué qu'il lui était impossible de travailler davantage qu'une à deux heures par jour en raison, d'une part, de la fibromyalgie dont elle souffrait, laquelle entraînait des douleurs multiples et diffuses et, d'autre part, de son état dépressif qu'elle ne parvenait pas à traiter correctement en raison du fait qu'elle était intolérante à la plupart des anti-dépresseurs.
12. Par décision du 12 janvier 2009, l'OCAI a confirmé son projet de décision. Il a indiqué notamment que les conclusions prises par le Dr N_____, le 8 novembre 2005, avaient été mises en cause par le SMR non seulement sur le plan diagnostic puisque "le trouble de la personnalité non allégué n'était pas supposé être étayé par les tests utilisés", mais encore sur le plan de l'appréciation de la capacité de travail, "dans la mesure où un trouble dépressif récurrent en rémission partielle ne pouvait la justifier. Par ailleurs l'analyse de la situation à la lumière des critères de Mosimann n'était pas jugée pertinente". Au vu de ce qui précède, une nouvelle expertise avait été demandée par le SMR, dans laquelle le psychiatre avait retenu le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant et de trouble dépressif et anxieux mixte en rémission. S'agissant du trouble somatoforme douloureux, les experts avaient estimé que, notamment en raison de l'absence d'une comorbidité psychiatrique

suffisante au regard des critères dits de Mosimann, une incapacité de travail n'était pas justifiée. Ainsi, le SMR a retenu qu'un droit à la rente n'était pas ouvert.

13. Par courrier recommandé du 6 février 2009, l'assurée a interjeté recours contre ladite décision, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
14. Elle a complété son recours le 23 mars 2009. Elle conclut, préalablement, à la mise en place d'une nouvelle expertise médicale sur les plans rhumatologique et psychiatrique et, principalement, à l'annulation de la décision de l'OCAI et à l'octroi d'une demi-rente. En substance, elle reproche à l'OCAI, d'une part, de s'être basé sur l'expertise du BREM, laquelle est, selon elle, excessivement sévère dans sa décision et, d'autre part, d'avoir injustement écarté les conclusions de l'expertise de Dr N_____. Elle estime que l'expertise de ce dernier remplit tous les critères jurisprudentiels lui conférant pleine valeur probante. Enfin, dans la mesure où les deux rapports d'expertise établis par les médecins de l'assureur se trouvent être en contradiction, elle considère qu'il est nécessaire d'ordonner une troisième expertise médicale.
15. Dans sa réponse du 29 avril 2009, l'OCAI propose le rejet du recours. Il indique que les critiques soulevées par les médecins du SMR sont convaincantes, que l'expertise du BREM doit se voir reconnaître pleine valeur probante, dans la mesure où elle respecte tous les principes jurisprudentiels. L'intimé conclut ainsi qu'une nouvelle expertise ne se justifie pas.
16. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} 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).

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque 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 l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

Toutefois, il convient d'ajouter que les définitions de l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain, d'invalidité et de la méthode de comparaison des revenus contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

3. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (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).

Le recours, interjeté dans les forme et délai légaux, est recevable à la forme, conformément aux art. 56 et ss LPGA.

4. La question litigieuse est celle de savoir si, d'une part, une expertise complémentaire doit être ordonnée et, d'autre part, si la recourante peut prétendre à une rente d'invalidité.
5. a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assurée sur le marché du travail équilibré, 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. 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).

b) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, 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. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 in fine).

6. En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du médecin 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 et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. (ATF 125 V 352 ss consid. 3). 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). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATFA non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 p. 240 consid. 4).

7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGa. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitime sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 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).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine ; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (cf. notamment ATFA non publié du 28 juin 2005, I 524/04).

8. En l'espèce, contrairement à ce que relève l'OCAI, les expertises effectuées les 2 décembre 2005 et 5 novembre 2008 ne sont pas contradictoires en ce qui concerne les diagnostics posés puisqu'elles retiennent toutes deux un trouble somatoforme douloureux ainsi qu'une dépression légère.

Ces deux expertises ont notamment pris en considération l'anamnèse complète de la recourante, sa vie quotidienne, les traitements prescrits, l'évolution de la maladie, ses plaintes subjectives, son status clinique et se fondent sur des examens physiques, sanguins et radiologiques ; sur ce plan, elles ont toutes deux pleine valeur probante. En revanche, leurs conclusions divergent en ce sens que la première expertise indique que l'activité d'aide à domicile n'est plus exigible, que toutefois, l'assurée est en mesure de travailler à raison de 50% dans une activité adaptée, moyennant des mesures professionnelles. La seconde expertise arrive, en revanche, à la conclusion qu'il n'y a aucune restriction dans l'ancienne activité, laquelle est pleinement exigible et ce sans diminution de rendement.

Il y a lieu à ce stade de rappeler qu'un trouble dépressif récurrent, en rémission partielle, de surcroît d'intensité actuelle mineure, tel que diagnostiqué par le Dr N_____ en 2005, ne saurait constituer une comorbidité psychiatrique suffisante pour justifier une incapacité de travail. En outre, il ressort du rapport médical du Dr L_____ que l'état dépressif est survenu le 18 février 2002, soit simultanément au diagnostic de fibromyalgie qui avait alors été posé à tort. Rien ne laisse penser au surplus que l'atteinte psychiatrique puisse être considérée comme étant indépendante de la fibromyalgie, respectivement des troubles somatoformes douloureux.

S'agissant des autres critères cumulatifs posés par la jurisprudence, force est de constater qu'ils ne sont en l'espèce pas réalisés. En effet, on ne saurait soutenir que la recourante présente un retrait social dès lors qu'elle accompagne son fils tous les jours à l'école, promène son chien, rencontre des amis chez eux ou à son domicile

pour un repas ou pour une promenade, converse avec eux sur MSN, rend visite tous les jours à sa mère et s'est par ailleurs rendue en vacances au Portugal en 2008 notamment. De plus, comme il est mentionné dans ladite expertise, il ne peut être conclu à l'échec complet de traitement dans la mesure où l'assurée a interrompu les traitements qui lui étaient prescrits et n'a pas été suivie par un psychiatre comme cela avait été pourtant demandé par les médecins de l'AI. Il n'est pas juste non plus de considérer que l'état psychique de l'assurée est cristallisé alors qu'il est par ailleurs indiqué, dans l'expertise du 11 novembre 2008, que l'état dépressif évolue spontanément jusqu'à la rémission partielle sans aucun traitement puisque celui-ci n'a précisément pas été suivi par l'assurée. Enfin, il est à noter qu'il convient d'appliquer ces critères d'autant plus strictement que la recourante est âgée de 37 ans seulement.

9. C'est ainsi que seules les conclusions de la seconde expertise devront être retenues. Il n'est dès lors pas nécessaire d'ordonner une troisième expertise, la situation médicale étant ici suffisamment claire.
10. Il résulte de ce qui précède que le recours sera rejeté et la décision attaquée confirmée.
11. Bien que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI) et que la recourante succombe, il y a toutefois lieu de renoncer au paiement d'un émolument dès lors qu'elle est au bénéfice de l'assistance judiciaire, conformément à l'art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable

Au fond :

2. Le rejette.
3. Confirme la décision de l'OCAI du 12 janvier 2009.
4. Renonce à mettre un émolument à la charge de la recourante.
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 ; RS 173.110); 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

La Présidente

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Hermione STIEGER

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