REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3915/2006 **ATAS/1424/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 13 décembre 2007

En la cause

Madame K_____, domiciliée à MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Cyril AELLEN	recourante

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Christine KOEPPEL et Violaine LANDRY ORSAT
Juges

EN FAIT

1. Madame K_____, née en 1960, a travaillé comme assistante administrative chez X_____ du mois d'avril 1999 au 31 janvier 2004. En 2003, selon le rassemblement des comptes individuels AVS de l'intéressée, son revenu s'est élevé à 58'149 fr. En 2004, son salaire a été porté à 60'225 fr. 60 (5'018.80 x 12). Elle travaillait à raison de 32 heures par semaine, ce qui équivalait à un taux d'activité de 80%.

2. A compter du 25 juillet 2003, l'assurée a été dans l'incapacité totale de travailler. A partir du 23 septembre 2003, CSS ASSURANCES lui a versé des indemnités journalières.

3. L'assurée a séjourné à la Clinique de la METAIRIE du 30 juillet au 22 août 2003. Le rapport établi le 25 août 2003 par les docteurs L_____, médecin responsable, et M_____, chef de clinique, conclut à un trouble dépressif récurrent épisode moyen avec syndrome somatique. Il ressort de ce rapport que l'assurée présente une symptomatologie dépressive depuis février 2003 et qu'elle était sous traitement anti-dépresseur (ZOLOFT puis EFEXOR, sevrage des benzodiazépines et introduction d'une médication au niveau du sommeil). Les médecins ont eu l'impression que l'assurée avait vécu une accumulation de facteurs de stress.

4. Dans un bref rapport à l'intention de CSS ASSURANCES, le Dr N_____, médecin-traitant, a confirmé en date du 13 octobre 2003 que l'assurée souffrait depuis mars 2002 d'épuisement professionnel surajouté à de gros problèmes personnels familiaux qui engendraient une incapacité de travail.

5. A la demande de CSS ASSURANCES, le Dr O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie a reçu l'assurée en entretien durant une heure et a rendu un rapport d'expertise en date du 14 avril 2004.

   Dans le cadre de l'anamnèse, il a retenu que l'assurée a été engagée en 1999 chez X_____ et a travaillé dans un premier temps à 80% pour un premier manager avec qui tout s'est bien passé; en 2002, le siège de la société, installé initialement à Genève, a été transféré à Renens; l'entreprise a fusionné avec Y_____ et l'assurée a dû travailler pour un nouveau manager avec lequel elle ne s'est pas entendue. Au mois de juillet 2003, on lui a fait savoir qu'elle avait le choix entre un poste à 100% ou rien; elle a alors craqué nerveusement et a finalement été licenciée avec effet au 31 janvier 2004.

   S'agissant de l'humeur de la patiente, le médecin a conclu que deux des trois critères majeurs nécessaires au diagnostic d'un épisode dépressif n'étaient pas remplis. En effet, il n'avait pas noté de diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour des activités habituellement agréables et avait par ailleurs constaté que l'assurée s'était

inscrite dans différentes agences de placement. Le médecin en a tiré la conclusion que la patiente justifiait d'une certaine capacité de travail. Il a également mentionné une certaine tendance à éviter de répondre aux questions concernant les activités quotidiennes et en a tiré la conclusion que l'assurée faisait bien plus d'activités qu'elle ne le laissait entendre et que celles-ci étaient "vraisemblablement plus agréables que ce qu'elle voulait bien en dire". Le médecin a suggéré que les prolongations d'arrêt de travail visent plus à éviter d'être intégrée sur un lieu de travail qui ne conviendrait pas sur le plan des horaires plutôt que la marque réelle d'une incapacité fonctionnelle.

Le médecin a conclu à une exagération de l'intensité des symptômes et de leur retentissement fonctionnel; il a estimé que les problèmes étaient plus d'ordre socio-professionnel que médical et n'avaient plus de répercussion sur la capacité de travail. Il a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode léger et conclu à une capacité de travail de 50% à compter du 26 avril 2004 et de 100% à compter du 24 mai 2004, soit un mois plus tard.

6. Dans un courrier adressé le 14 mai 2004 à la Dresse P_____, médecin-conseil de CSS ASSURANCES, la Dresse R_____, médecin adjoint du secteur psychiatrique ouest du canton de Vaud, a indiqué être le médecin traitant de la patiente depuis le 12 décembre 2003 et a expliqué ne pouvoir souscrire aux conclusions du Dr O_____.

   La Dresse R_____ a indiqué qu'à l'époque où ce dernier avait vu la patiente, son propre diagnostic était celui d'état dépressif résistant d'intensité moyenne et qu'il s'était depuis lors encore aggravé pour devenir celui d'état dépressif résistant d'intensité grave avec syndrome somatique et idées suicidaires prédominantes.

   Il ressort de l'anamnèse de la patiente qu'elle a été hospitalisée en août 2003 à la Clinique de la METAIRIE, d'où elle est sortie avec un diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode moyen avec syndrome somatique (F33.1 selon la CIM 10). Elle a ensuite été suivie en ambulatoire par Madame A_____, psychologue à Genève, qui a alors constaté une aggravation de l'état de la patiente depuis sa sortie de clinique et diagnostiqué une dépression sévère. C'est en raison de cette aggravation de la symptomatologie en dépit du traitement que la patiente a été adressée à la Dresse R_____, psychiatre.

   Cette dernière a indiqué avoir pu d'emblée confirmer le diagnostic, à savoir un état dépressif d'intensité sévère en dépit du traitement. La patiente présentait de très importants troubles du sommeil ainsi qu'un état anxieux, également important. Le médecin a alors décidé d'une double prise en charge: un suivi psychothérapeutique et une modification progressive de la médication. La déstructuration du sommeil perdurant en dépit du traitement, le médecin a également proposé une modification sur ce point.

Au début du mois de mars 2004, la thymie était assez bien stabilisée mais il persistait une anhédonie importante avec une asthénie majeure, des troubles de la concentration et de la mémoire ainsi que des troubles alimentaires évoquant une hyperphagie boulimique. De façon intermittente, le médecin a également constaté la résurgence itérative d'idéations suicidaires. C'est vers cette période qu'est intervenue l'expertise demandée par CSS au Dr O_____. La Dresse R_____ estime que le diagnostic était alors clairement celui d'état dépressif d'intensité moyenne avec syndrome somatique résistant au traitement. Elle s'est étonnée de n'avoir pas été contactée par le Dr O_____ et précise que les conclusions de ce dernier ont été désastreuses sur l'état psychique de sa patiente car ces conclusions, données sans explication aucune, ont représenté pour l'assurée une reviviscence directe de certains aspects du mobbing qu'elle a connu dans son précédent emploi. Elle s'est donc littéralement effondrée sur le plan psychique avec une thymie qui s'est trouvée violemment abaissée, une aggravation de l'asthénie, des troubles du sommeil majeurs, des troubles de la concentration augmentés, l'apparition d'idées de ruine et d'incurabilité, et surtout la réapparition très forte d'idées suicidaires dont la Dresse R_____ a souligné ne pas être sûre de pouvoir les contenir sur un plan ambulatoire.

La Dresse R_____ a émis l'opinion que tout le bénéfice du travail fait antérieurement à l'expertise du Dr O_____ avait été perdu car suite à cette expertise, elle n'avait pu que constater la régression importante de l'état psychique de sa patiente.

La Dresse R_____ a cependant ajouté qu'elle ne pouvait conclure à une invalidité durable de la patiente dans la mesure où l'arsenal thérapeutique dont les médecins disposent en l'état actuel des connaissances scientifiques n'avait pas encore été épuisé. Elle a évoqué la possibilité que l'état de sa patiente puisse s'améliorer mais a indiqué qu'il restait encore à équilibrer son traitement, ce qui pouvait prendre plusieurs semaines, voire plusieurs mois.

7. Le 31 août 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) en invoquant une dépression intervenue dans un contexte de mobbing et de deuil, des troubles alimentaires, des insomnies, des angoisses. Elle a demandé une rente et une mesure de réorientation professionnelle.

8. Dans un rapport adressé le 18 octobre 2004 à l'OCAI, la Dresse R_____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent épisode sévère sans symptôme psychotique et des troubles alimentaires (boulimie), précisant que l'état de la patiente allait en s'aggravant.

   Le médecin a ajouté que sa patiente présentait une asthénie majeure avec troubles du sommeil et anhédonie, une thymie triste et des idéations suicidaires toujours

sous-jacentes; l'estime de soi, déjà faible, s'était encore effondrée du fait d'une importante prise de poids (20 kg). La patiente a été décrite comme sortant très peu de chez elle, peinant même à se lever le matin pour arriver à préparer le repas de ses filles.

Dans ce contexte, la Dresse R_____ a émis l'avis qu'une reprise du travail ne paraissait pas envisageable, en tout cas à moyen terme. Elle a préconisé l'octroi d'une rente dans un premier temps avec une réévaluation deux ans plus tard dans l'optique d'une réorientation possible.

Elle a ajouté qu'aucune particularité comportementale de nature sociale, culturelle ou familiale ne jouait de rôle, que les troubles psychiques n'étaient pas induits par le surmenage, que des événements de vie adverses influençaient légèrement l'affection, que l'incapacité de travail n'était due qu'à une ou des affections physiques ou mentales uniquement et a conclu à une incapacité totale.

9. Dans un rapport du 24 novembre 2004, le Dr. N_____, généraliste, a conclu pour sa part à un état anxio-dépressif chronique avec crises de boulimie. Il a précisé que la patiente se plaignait toujours de troubles majeurs du sommeil, d'une fatigue chronique et exprimait toujours des idées négatives (tristesse, pas de projection dans l'avenir). Il a confirmé l'importante prise de poids survenue en mars 2004 suite à des crises de boulimie nocturnes et a conclu à une capacité résiduelle de travail de quatre heures par jour dans l'activité de secrétaire avec une diminution de rendement.

10. Constatant que l'expertise du Dr O_____ était incomplète puisque ce dernier n'avait pas procédé à une anamnèse familiale et professionnelle détaillée, la Dresse S_____, du service médical régional AI (SMR), a préconisé un nouvel examen psychiatrique. Celui-ci a été confié au Dr T_____, psychiatre FMH, qui a rendu son rapport en date du 30 mai 2006.

Le Dr T_____ a relevé que la présence de trois symptômes doit être relevée pour pouvoir conclure à un épisode de gravité sévère. Le premier de ces symptômes est une humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours non influencée par les circonstances et persistant pendant au moins deux semaines. Or, selon le Dr T_____, l'état dépressif de l'assurée est fort influencé par les circonstances; il a ajouté que si l'assurée avait vraiment souffert d'un trouble dépressif récurrent sévère, elle aurait probablement été soulagée qu'un expert lui annonce qu'elle ne souffrait que d'un état dépressif léger, alors qu'au contraire, l'assurée a été soulagée que son médecin traitant, la Dresse R_____, pose le diagnostic de trouble dépressif sévère. Le Dr T_____ a émis l'opinion qu'un patient souffrant vraiment d'un trouble dépressif récurrent sévère aurait dû au contraire se trouver désécurisé. Du fait que l'assurée ait réagi autrement, il a tiré la

conclusion que sa souffrance psychique était plutôt ancrée dans certains traits de la personnalité et liée à des difficultés objectives.

Quant au fait que l'état de l'assurée soit demeuré inchangé malgré la prise d'antidépresseurs, le Dr T_____ a indiqué que cela pouvait certes correspondre à un échec de traitement dans le cas d'une dépression sévère mais aussi au fait qu'il s'agit d'un état dépressif ancré dans la personnalité et des circonstances difficiles.

En définitive, le Dr T_____ a retenu le diagnostic de dysthimie. Il a également mentionné, tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : des troubles de la personnalité aux traits narcissiques et émotionnellement immatures, des troubles non organiques du rythme de veille-sommeil, une dépendance aux benzodiazépines actuellement abstinente, une utilisation nocive d'alcool actuellement abstinente et une boulimie. Selon lui, l'assurée est une "personne malheureuse qui présente une souffrance psychique mais pas d'atteinte à la santé incapacitante". Le Dr T_____ a conclu a l'absence de limitation fonctionnelle psychiatrique si ce n'est le trouble du rythme veille-sommeil, dont il a reconnu la gravité, mais estimé qu'il pourrait facilement être amélioré par une adaptation du traitement médicamenteux.

Le Dr T_____ s'est référé à l'expertise du Dr O_____ pour conclure à une capacité de travail entière depuis le 24 mai 2004.

11. Dans un rapport intermédiaire daté du 17 mai 2006, la Dresse R_____ a indiqué que la thymie de sa patiente était restée très basse avec, en mars 2005, des idées d'inutilité et d'incurabilité. Devant la totale inefficacité du traitement, et la multiplicité des effets secondaires, le médecin a expliqué avoir opté pour une "fenêtre thérapeutique", le seul traitement conservé ayant été le TOLVON, à faibles doses, pour obtenir quelques heures de sommeil. L'arrêt progressif des antidépresseurs s'était fait d'un commun accord et il avait été frappant de constater qu'après l'arrêt complet de toute médication, l'état clinique de la patiente était demeuré inchangé; depuis Pâques 2005, le suivi était donc essentiellement psychothérapeutique; aucun changement notable dans l'état clinique de la patiente n'avait été noté. Le médecin a précisé que par ailleurs, la situation familiale de sa patiente s'était considérablement dégradée, sa fille aînée présentant des troubles du comportement de plus en plus évidents (instabilité de l'humeur, irritabilité, impulsivité, intolérance totale à la frustration, tentative de défenestration début 2006); suite à ces évènements, l'assurée a recommencé à développer des comportements de type boulimique et auto-mutilatoire nécessitant un suivi spécialisé; elle est décrite par son médecin comme menant une vie extrêmement restreinte, peinant à faire ses courses et son ménage, réservant toute son énergie à ses filles, courant de convocations scolaires en rendez-vous auprès de divers

pédopsychiatres tout en étant incapable de s'occuper de ses propres affaires administratives, lesquelles sont gérées par un ami.

Après deux ans et demi de traitement et une succession de tentatives thérapeutiques incluant psychothérapie individuelle, tentative de thérapie de groupe, tentative de traitement cognitivo-comportemental, multiples antidépresseurs de différentes classes seuls ou en association, la Dresse R_____ a dû conclure à un échec thérapeutique total, la patiente présentant toujours un état dépressif sévère avec symptômes somatiques et idéations suicidaires itératives et des troubles alimentaires compulsifs à type de boulimie.

La Dresse R_____ a conclu à une incapacité de 100%, ajoutant qu'une réorientation professionnelle n'était plus envisageable.

12. La Dresse S_____, du SMR après examen du dossier, a émis un avis en date du 17 août 2006. Elle a estimé que le diagnostic de la Dresse R_____ s'inscrivait dans les liens de confiance qui lient l'assurée à son psychiatre et dans les problèmes que celle-ci rencontre avec son ex-mari et ses deux filles, aspect qui sort du champ médical. Se basant sur l'avis du Dr T_____, la Dresse S_____ a conclu qu'à l'issue du délai de carence d'une année, le 25 mai 2004, l'assurée ne présentait plus d'incapacité de travail, sa pathologie psychique étant peu sévère et non invalidante.

13. Le 18 août 2006, l'OCAI a adressé à l'assurée un projet de décision lui refusant l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles.

14. Le 28 août 2006, la Dresse R_____ a fait remarquer que même l'expertise du Dr O_____ en 2004 n'avait pas conclu à une dysthymie mais à un trouble dépressif récurrent. Elle s'est par ailleurs étonnée de n'avoir pas été contactée par l'expert du SMR avant qu'il rende ses conclusions.

15. Par courrier du 6 septembre 2006, l'assurée s'est opposée au projet de décision de l'OCAI en faisant remarquer que l'expertise du Dr O_____ n'avait pas été prise en compte par CSS ASSURANCES puisque le versements des indemnités journalières n'avait jamais été interrompu jusqu'à la fin du contrat, le 23 juillet 2005.

16. Le 22 septembre 2006, la Dresse S_____ a estimé que le rapport du psychiatre traitant ne mettait pas en évidence d'aggravation de l'état de santé ni de nouvelle atteinte et qu'il s'agissait simplement d'une appréciation différente d'un même état de fait, le psychiatre traitant contestant non seulement le diagnostic retenu par le Dr T_____ mais également la capacité de travail exigible.

17. Par décision du 25 septembre 2006, l'OCAI a refusé à l'assurée tant l'octroi d'une rente d'invalidité que celui de mesures professionnelles.

L'Office s'est référé aux conclusions de l'expertise pratiquée par le Dr T_____, selon laquelle l'assurée ne présente qu'une dysthimie, affection qui ne constitue pas en soi une affection invalidante de longue durée. L'OCAI a considéré que l'assurée a été dans l'incapacité totale de travailler du 24 juillet 2003 au 26 avril 2004 puis à 50% du 27 avril au 24 mai 2004. Selon lui, le rapport du psychiatre traitant ne constituait qu'une appréciation différente de celle du Dr T_____ d'un même état de fait.

18. Le 5 octobre 2006, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant préalablement à sa comparution personnelle, puis à l'audition de la Dresse R_____ et à la mise sur pied d'une expertise en vue de déterminer son incapacité de travail, principalement, à ce que lui soit accordée une rente entière.

    La recourante fait notamment remarquer que le Dr T_____ a admis que la polyrésistance au traitement pouvait être la marque d'une dépression sévère et n'a pas expliqué pourquoi il favorisait l'hypothèse inverse, peu compréhensible, selon laquelle cette résistance relèverait d'un état dépressif anxieux dû à sa personnalité et à des circonstances difficiles.

    Elle relève par ailleurs que même le Dr O_____ a conclu à un trouble dépressif récurrent et que le diagnostic de son psychiatre traitant a été confirmé par la clinique de la Métairie.

19. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 23 novembre 2006, a conclu au rejet du recours.

    Il fait remarquer que si le Dr T_____ a reconnu la souffrance exprimée et vécue par l'assurée, il a aussi considéré que cette souffrance n'engendre pas de maladie psychique à part entière et que l'état de l'assurée est essentiellement lié à un contexte psychosocial, familial et économique difficile, éléments devant être considérés comme étrangers à l'assurance invalidité.

    Par ailleurs, l'Office a souligné que les décisions de l'assureur perte de gain ne sauraient avoir d'incidence sur sa propre détermination.

20. La recourante, dans sa réplique du 19 décembre 2006, a pour sa part maintenu sa position en faisant remarquer que la Dresse R_____ est une éminente praticienne dans son domaine.

21. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 21 février 2007.

    Entendue à titre de témoin, la Dresse R_____ a indiqué avoir eu connaissance tant du rapport d'expertise du Dr O_____ que de celui du Dr T_____. Elle a fait remarquer que le Dr O_____ a retenu le même diagnostic que la

clinique de la METAIRIE et que leurs avis ne divergeaient que sur le degré de gravité de l'affection.

Le témoin a souligné que ni le Dr T_____ ni le Dr O_____ ne l'ont contactée avant de rendre leur rapport.

La Dresse R_____ a exprimé sa perplexité quant aux constatations de ces deux médecins et a émis l'hypothèse qu'ils n'ont pu, en une seule séance, prendre la mesure de l'état de sa patiente. Elle a affirmé avoir pu constater pour sa part que tous les critères diagnostiques sont remplis et qu'ils se sont maintenus en dépit de la médication. S'il y a eu des fluctuations dans l'état de la patiente, cela a toujours été dans le sens d'une aggravation. Elle a toujours été en dessous de son fonctionnement normal.

La Dresse R_____ a souligné avoir le sentiment de se "trouver sur le fil" avec sa patiente et craindre un passage à l'acte suicidaire sur le mode impulsif car les idées noires sont toujours présentes.

Elle a ajouté qu'un nouvel anti-dépresseur est sorti sur le marché suisse à la fin de l'année 2006, qu'elle l'a prescrit à sa patiente à titre d'essai sans constater de changement.

La Dresse R_____ considère que tous les critères diagnostiques selon la CIM 10 sont remplis dans le cas de sa patiente : asthénie, aboulie d'exécution, anhédonie et perte de la libido, ruminations, sentiments de culpabilité et d'incurabilité, tristesse permanente, idées suicidaires, troubles alimentaires (en ce cas, boulimie) et troubles du sommeil et de la mémoire.

Elle a souligné que chez sa patiente, les troubles du sommeil, en particulier, sont importants et invalidants dans la mesure où l'assurée n'arrive à s'endormir que vers 4 heures du matin. Ses horaires sont ainsi décalés et cela entraîne une perte de fonctionnalité. Ces troubles se sont montrés résistants à toutes les molécules essayées.

La Dresse R_____ a par ailleurs expliqué que le degré de gravité de l'affection est déterminé par l'intensité avec laquelle s'expriment les symptômes mentionnés plus haut : plus ils ont d'intensité, plus leur retentissement sur la vie quotidienne et la fonctionnalité du patient est important.

Chez l'intéressée, les idées noires, c'est-à-dire les idées de mort, sont toujours présentes. Le danger apparaît lorsque ces idées se font plus précises, plus présentes, plus scénarisées. Dans le cas de la patiente, elles se traduisent par deux types d'impulsion : se jeter sous le tram ou se jeter du balcon par exemple.

La Dresse R_____ a ajouté qu'en présence d'un état dépressif persistant et résistant, une hospitalisation ne peut être envisagée que de manière permanente. En tant que thérapeute, sa seule possibilité est de tenter de porter la patiente à bout de bras en maintenant le lien le plus possible, notamment par la régularité des entretiens.

Dans le cas de la recourante, le témoin a indiqué que, compte tenu de l'ancienneté et de l'intensité des troubles alimentaires (qui se manifestent chez elle sous forme de boulimie), il lui était impossible de dire s'ils sont primaires ou secondaires, c'est-à-dire consécutifs à la dépression ou indépendants.

Selon le témoin, le fait que la dépression de la patiente se soit montrée résistante aux traitements ne constitue pas à proprement parler un élément de gravité mais une particularité. Il arrive, comme dans tous les domaines de la médecine, que les traitements soient impuissants. Souvent, s'agissant d'une dépression, l'association de molécules ou un changement suffit. Cela n'a pas été le cas pour l'assurée.

La Dresse R_____ a admis que c'est une succession d'événements difficiles qui a eu raison de la résistance de sa patiente, précisant cependant que la gravité de la dépression n'est pas mesurée selon ces événements. Selon elle, la distinction entre dysthymie et dépression est claire : la première n'entraîne aucune impossibilité à mener une vie normale et bien évidemment pas d'idées suicidaires.

La Dresse R_____ a confirmé l'incapacité totale de travailler de la recourante.

Le témoin a par ailleurs expliqué ne pouvoir suivre le Dr T_____ lorsque ce dernier, jugeant que les événements de vie adverse influencent fortement l'état de la patiente, en tire la conclusion que les critères de la CIM 10 ne sont pas remplis. La Dresse R_____ a admis que les événements exercent certainement une influence mais seulement en ce sens que l'état de la patiente passe de "très grave" à "extrêmement grave".

Quant au postulat selon lequel un patient réellement atteint d'une dépression grave devrait se voir soulagé de se voir annoncer une dépression légère, le témoin s'en est étonné, ajoutant qu'un patient ne peut qu'avoir une réaction ambivalente : soulagement de voir un nom mis sur son état, d'une part, accablement de voir que ce diagnostic se vérifie, d'autre part

22. Suite à cette audience, le Tribunal de céans a informé les parties de son intention d'ordonner une expertise qu'il se proposait de confier au Dr U_____.

23. Par courrier du 22 mars 2007, l'intimé a sollicité expressément que l'expert désigné remette le cas échéant copie des tests qu'il effectuerait sur la recourante.

24. Par courrier du même jour, la recourante a exprimé des réticences quant au médecin proposé et a suggéré que l'expertise soit plutôt confiée au Dr B_____, psychiatre psychothérapeute et médecin adjoint du secteur psychiatrique Ouest du Canton de Vaud, pratiquant à l'hôtel de Prangins.

25. Interpellé sur la question de savoir s'il s'opposait à ce que l'expertise soit confiée au Dr B_____, l'OCAI a indiqué par courrier du 28 mars 2007 qu'il n'avait aucune objection à formuler quant au choix de ce praticien.

26. Par ordonnance du 29 mars 2007 (ATAS 350/2007) le Tribunal de céans a donc décidé une expertise psychiatrique qu'il a confiée au Dr B_____.

27. Ce dernier a rendu son rapport en date du 27 juin 2007.

    Il a indiqué avoir fondé son expertise sur les pièces du dossier du Tribunal et de l'OCAI mises à sa disposition et trois entretiens avec l'expertisée.

    L'expert a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel de degré moyen à sévère, persistant ou chronique ou chronifié (sans rémission intercritique depuis plus de deux ans) et résistant au traitement (F 33.1.1-2, F 34.9), boulimie atypique (F 50.3), dépendance aux benzodiazépines actuellement abstinente (F 13.2) et troubles mixtes de la personnalité (F 61.0). Il a également mentionné plusieurs "facteurs de stress" : difficultés liées à l'emploi et aux conditions économiques, difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie, absence d'un des membres de la famille ou dislocation de la famille.

    L'expert a fait remarquer que, contrairement au DSM, la CIM 10 n'offre pas beaucoup de choix pour poser des diagnostics de dépression chronique : à part la dysthymie et les autres troubles d'humeur persistants, il n'y a pas beaucoup d'autres possibilités, de sorte que lorsque le patient présente une forme plus grave, moyenne à sévère ou sévère, de dépression chronique, il n'y a plus que le trouble de l'humeur persistant sans précision et éventuellement l'épisode actuel moyen à sévère de forme persistante (mais cet adjectif n'est pas considéré dans cette classification comme un spécificateur catégoriel), dans le cadre d'un épisode unique ou d'un trouble récurrent.

    Alors que dans le DSM, on trouve non seulement la dysthymie mais également une autre catégorie qui permet de définir une dépression chronique majeure : la dépression majeure, récurrente, sans rémission inter-critique totale, sans trouble dysthymique. Ceci permet en outre de faire la différence avec une autre forme de dépression chronique, la double dépression, qui est l'association d'une dysthymie avec un épisode dépressif majeur sévère unique ou dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent sans rémission inter-épisodique.

L'expert a expliqué qu'avant ces nouvelles notions classificatoires, la dépression chronique était souvent considérée comme un trouble caractérologique ou de la personnalité. Cette notion de dépression caractérologique allait d'ailleurs de pair avec la notion de quasi incurabilité de ces troubles parce que l'on pensait notamment que ceux-ci étaient insensibles à une pharmaco-thérapie.

L'expert a rappelé, s'agissant de la sévérité de l'épisode dépressif, que ce dernier est caractérisé par la présence d'au moins trois symptômes (humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité) associés à au moins quatre autres symptômes dépressifs parmi lesquels : diminution de la concentration et de la tension, diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, idées de culpabilité ou de dévalorisation, attitude morose et pessimiste face à l'avenir, idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires, perturbations du sommeil, diminution de l'appétit, étant précisé que plusieurs de ces symptômes doivent être sévères et le syndrome dit somatique presque toujours présent.

Dans le cas présent, l'expert a estimé que l'assurée présente un degré moyen à sévère de dépression avec un syndrome somatique. Il a précisé qu'elle présentait au moins quatre symptômes nécessaires pour poser ce diagnostic.

L'expert a en outre retenu le diagnostic de troubles mixtes de la personnalité car l'expertisée présente plusieurs caractéristiques caractérologiques et tendances comportementales qui touchent plusieurs registres caractéristiques de divers troubles de la personnalité et plusieurs secteurs de fonctionnement comme l'affectivité, la sensibilité, le contrôle des impulsions, la manière de percevoir et de penser et le mode de relation à autrui. Il a précisé que le fait que sa biographie semble montrer l'absence de manifestations comportementales dysfonctionnelles évidentes d'un tel trouble ne peut pas être considéré comme une preuve de l'absence de ce trouble, qui a pu se présenter d'abord sous la forme d'un style de personnalité - ce qui n'empêche pas une certaine adaptation jusqu'au moment où la personne en question rencontre des facteurs de stress, des événements de vie qui font émerger au grand jour les principales manifestations du trouble. Un tel trouble peut donc rester pendant assez longtemps inapparent cliniquement, en tous les cas lorsqu'il s'agit d'une forme caractérologique mineure.

L'expert a précisé qu'il explique l'évolution très particulière de l'assurée par une notion psychopathologique qui va au-delà de la constatation d'une dépression chronique résistante et a cité un certain nombre d'exemples de dépression chronique résistante associée avec des troubles de la personnalité, tirés de la littérature médicale. Dans le cas de l'assurée, il a estimé que le trouble de la personnalité mixte pouvait être considéré comme une forme atténuée de trouble borderline.

S'agissant du trouble dépressif, l'expert a répété qu'il le considérait comme moyen à sévère. Quant au trouble mixte de la personnalité, il a expliqué qu'il entrait en

interaction avec l'état dépressif, aggravait sensiblement l'évolution du trouble affectif et pouvait en partie expliquer la résistance au traitement proposé. L'expert a fait remarquer que si l'état dépressif avait valeur de maladie en tant que tel, il n'en allait pas de même des troubles de la personnalité. Quant à la boulimie, il a expliqué qu'elle se trouvait entre la dépression et le trouble de la personnalité et ne pouvait en aucun cas être considérée comme une maladie indépendante.

L'expert a conclu que l'état dépressif de l'assurée entraîne une souffrance dépressive importante et invalidante. Il a fixé le début de l'incapacité de travail au 24 juillet 2003 et émis l'opinion qu'aucune capacité résiduelle de travail, dans quelque activité que ce soit, ne pouvait être retenue en raison d'une part des limitations fonctionnelles découlant de l'état dépressif, notamment la fatigue et la fatigabilité accentuées par le trouble du sommeil décrit, d'autre part du fait que l'assurée est incapable de s'investir dans la moindre activité en raison d'un manque d'intérêt, d'un manque de tonus et d'une aboulie. Il a ajouté qu'elle présente par ailleurs quelques limitations fonctionnelles cognitives dues en particulier au fait que son champ de confiance est saturé par sa souffrance psychique, notamment par des ruminations.

L'expert a émis l'opinion que depuis septembre 2006, l'état de la patiente est allé "dans le sens d'une certaine détérioration". Il a estimé que les chances d'une réadaptation professionnelle seraient faibles. Quant à un éventuel pronostic, il a indiqué qu'il dépendait en partie de la manière de réagir de l'expertisée suite à la décision qui serait rendue. Selon lui, une certaine reconnaissance institutionnelle de sa souffrance pourrait être nécessaire à l'assurée pour lui permettre de se démarquer de sa demande de réparation, se recentrer et être à nouveau capable de se considérer comme capable d'agir et non de subir.

S'agissant de l'expertise du Dr O_____, le Dr B_____ a renoncé à s'exprimer, faisant simplement remarquer qu'elle était intervenue quatre ans auparavant.

Il a admis retrouver plusieurs points communs entre ses constatations et celles du Dr T_____, notamment concernant l'importance de certains traits de personnalité dans l'évolution de la patiente. Il a cependant indiqué ne pas être entièrement d'accord avec la manière du Dr T_____ d'appliquer les critères de sévérité d'une dépression : le Dr B_____ a expliqué que selon son examen clinique, l'application stricte des critères de sévérité posés explicitement par la CIM 10 ne permet pas de ne retenir qu'une dysthymie ou un épisode léger à moyen mais doit en tous les cas et au moins amener à admettre un degré de sévérité qui se trouve entre moyen à sévère et sévère. Cependant, comme le Dr T_____, il pense qu'il faut prendre en compte la nature singulière de la souffrance de l'expertisée en tenant compte de sa réaction à ce qu'il lui arrive, en d'autres termes, l'existence d'un trouble de la personnalité pourrait expliquer l'évolution chronique de la dépression et la résistance au traitement.

28. Par courrier du 7 août 2007, la recourante a persisté intégralement dans ses conclusions et a demandé l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 31 août 2005.

29. Quant à l'intimé, il s'est exprimé le 14 août 2007.

    Il soutient que le rapport du Dr B_____ ne remplit pas les critères fixés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante et a renvoit au surplus à l'avis exprimé par le SMR en la personne de la Dresse S_____ en date du 7 août 2007.

    A noter que l'avis de la Dresse S_____ a été cosigné par le Dr François GAUTRAY, psychiatre FMH.

    Le SMR relève d'emblée que le Dr B_____ est médecin adjoint au service de psychiatrie adulte du secteur psychiatrique ouest du Canton de Vaud dont le médecin directeur est le Dr C_____ mais dont la Dresse R_____ CUBILIER est également médecin associé et en tire la conclusion que l'impartialité du Dr B_____ pourrait être sujette à caution.

    Le SMR soutient par ailleurs que le rapport d'expertise contiendrait certaines ambigüités quant aux critères du trouble dépressif : le SMR reproche à l'expert psychiatre d'avoir d'une part admis que les éléments de l'appréciation du tableau dépressif étaient sévères et liés à l'environnement et d'autre part décrit la patiente comme peu sensible à l'environnement et à l'interaction.

    S'agissant des critiques émises par l'expert quant à la manière du Dr T_____ d'appliquer les critères de sévérité d'une dépression, le SMR rétorque que ces critères sont extrêmement codifiés dans la CIM 10 et qu'il ne s'agit donc pas d'une question d'appréciation. Selon lui, en l'occurrence, les critères de la CIM 10 ne sont pas remplis pour poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne ou sévère.

    Par ailleurs le SMR souligne qu'un trouble de la personnalité grave ayant valeur invalidante suppose des antécédents psychiatriques significatifs remontant à la fin de la deuxième dizaine d'années de vie, éléments qui font défaut dans l'histoire de l'assurée, ce qui confirme qu'il s'agit bien dans son cas d'un trouble du caractère mineur et non d'un trouble de la personnalité invalidant ou décompensé.

    Les médecins du SMR concluent que l'avis de l'expert ne constitue qu'une lecture différente d'un tableau clinique, lecture qui s'inscrit plus dans une appréciation bio-psycho-sociale et ne repose pas sur les critères objectifs de la CIM 10.

EN DROIT

1. Les questions de la recevabilité du recours et de la compétence du Tribunal de céans pour connaître du litige ayant été examinées dans le cadre de l'ordonnance du 29 mars 2007, il n'y a pas lieu d'y revenir.

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 litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références).

   En l'espèce, la décision litigieuse, du 25 septembre 2006, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

   Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI 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). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Déterminé par la décision du 25 septembre 2006 et les conclusions des parties, l'objet du litige concerne le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le taux d'invalidité qu'elle présente.

4. a) 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 et 4 al. 1 LAI). 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). 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).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V consid. 4 et les références).

c) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.).

d) Au sujet des 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions

posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

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

6. En l'occurrence, il convient avant tout d'examiner si le rapport de l'expert mandaté par le Tribunal de céans peut se voir ou non accorder pleine valeur probante, ce que l'intimé conteste au motif que le Dr B_____ appartient au même service que le psychiatre traitant de la recourante.

   Le Tribunal de céans fait remarquer tout d'abord que l'intimé, auquel le nom de l'expert a été soumis précisément afin qu'il puisse faire valoir d'éventuels motifs de récusation, n'a formulé aucune objection à sa désignation. Il est dès lors assez malvenu de sa part d'attendre que le rapport d'expertise soit rendu et de constater que ce dernier va à l'encontre de ses propres conclusions pour émettre des réserves. Quoi qu'il en soit, le fait que le Dr B_____ appartienne au même service que le psychiatre traitant de l'assurée ne saurait suffire à mettre en doute sa probité et son impartialité dans la mesure où il n'existe, ainsi qu'en convient d'ailleurs l'intimé, aucun lien hiérarchique entre ces deux médecins. Il convient donc d'examiner la valeur du rapport d'expertise à l'aune de la jurisprudence applicable en la matière et rappelée supra. Or, force est de constater que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la recourante, qu'il a

été établi en pleine connaissance de l'anamnèse - contrairement au rapport rendu précédemment par le Dr O_____ -, que la description du contexte médical est claire et les conclusions du Dr B_____ sont bien motivées. En conséquence, le Tribunal de céans est d'avis que le rapport d'expertise doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

Reste à examiner si le rapport du Dr T_____ peut suffire à faire naître des doutes quant aux conclusions du rapport d'expertise. Le Tribunal de céans estime que tel n'est pas le cas. D'autant que si le Tribunal a décidé d'ordonner une expertise supplémentaire, c'est précisément parce que le rapport du Dr T_____ lui a paru sujet à caution. Tout d'abord, ce médecin conclut à une simple dysthymie alors que le psychiatre traitant, la clinique de la METAIRIE et même le Dr O_____ ont admis l'existence d'un état dépressif récurrent. Par ailleurs, la théorie développée par le Dr T_____ selon laquelle le fait que la recourante n'ait pas été soulagée de ne se voir reconnaître qu'un état dépressif épisode léger par le Dr O_____ suffit à prouver qu'elle n'est pas atteinte d'un état dépressif grave paraît pour le moins surprenante et en tous les cas peu convaincante au Tribunal de céans. Enfin, on ne comprend pas non plus pourquoi le Dr T_____, après avoir admis que le fait que l'état de la patiente soit demeuré inchangé malgré la médication peut correspondre à un échec de traitement dans le cas d'une dépression sévère, a choisi de privilégier l'hypothèse selon laquelle cette absence de changement serait le signe que l'état dépressif de la patiente trouve son fondement dans sa personnalité et les circonstances extérieures.

Par ailleurs, le Tribunal de céans n'adhère pas aux critiques émises par les médecins du SMR sur le rapport d'expertise du Dr B_____. Premièrement, il est reproché à ce dernier d'avoir conclu à un trouble du caractère invalidant, alors même qu'il a au contraire qualifié le trouble du caractère de l'assurée de mineur et sans répercussion sur la capacité de travail. Deuxièmement, le Tribunal de céans ne voit pas en quoi il est contradictoire de relever que l'assurée est peu sensible à son environnement et d'admettre qu'elle a cependant pu manifester une certaine anxiété lors de l'expertise. Enfin, il ressort du rapport de l'expert mais également des explications données par le psychiatre traitant que l'état de la recourante est certes en partie influencé par les circonstances. Il a cependant été précisé que cela n'avait pour seule conséquence que de faire passer son état de grave à très grave, de sorte que même sans tenir compte de cette influence, son état doit être considéré comme invalidant.

Dans la mesure où l'expert rejoint les conclusions du psychiatre traitant quant à l'absence de toute capacité de travail résiduelle et au fait que tous les critères diagnostiques exigés par la CIM 10 sont réunis, le Tribunal de céans ne peut que se ranger à son opinion, l'avis du Dr T_____ ne l'ayant par ailleurs pas convaincu pour les raisons mentionnées supra.

Il y a donc lieu d'admettre que, depuis le 24 juillet 2003, l'assurée se trouve dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité.

7. a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). 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).

   Le nouveau droit n'a pas modifié l'échelonnement des rentes (art. 28 al. 1 LAI) en tant qu'il se rapporte au quart et à la demi-rente, mais il permet d'octroyer trois-quarts de rente à l'assuré dont le degré d'invalidité atteint 60 %, alors que le taux ouvrant droit à une rente entière est passé de 66 ⅔ à 70 %.

   En l'espèce, le taux d'incapacité de travail se confondant avec le degré d'invalidité, il y a lieu de reconnaître à l'assurée un degré d'invalidité de 100% lui ouvrant droit, à l'issue du délai de carence, soit à compter du 1er août 2004, à une rente entière.

   Le recours est admis en ce sens et l'émolument, fixé en l'espèce à 800 fr., sera mis à la charge de l'intimé.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

1. Admet le recours.

2. Annule la décision du 25 septembre 2006.

3. Constate que Madame K_____ a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1er août 2004.

4. Renvoie la cause à l'OCAI pour calcul des prestations dues.

5. Met un émolument de 800 fr. à charge de l' OCAI

6. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 3'500 fr. 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	La présidente
Janine BOFFI	Karine STECK

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