

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3919/2006

ATAS/981/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 13 septembre 2007

En la cause

GASTROSOCIAL CAISSE DE PENSIONS, sise Bahnhofstrasse
86, AARAU

recourante

contre

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

intimé

et

M _____, domiciliée ,
GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître Romolo MOLO

appelée
en cause

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Alain LEVY et Christine KOEPPEL, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame M_____ (ci-après : l'assurée), née en 1961, originaire de l'ex-Yougoslavie, sans formation professionnelle, est arrivée à Genève en 1987. Elle a travaillé en qualité de femme de chambre du 1er mars 1991 au 31 octobre 1996. Dès le 26 janvier 1996, elle a également exercé une activité de nettoyeuse pour X_____ S.A., à raison de deux heures par jour.
2. En date du 14 mai 1998, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) en raison de problèmes dorsaux.
3. A la demande de l'OCAI, l'état de santé de l'assurée a fait l'objet d'une expertise conduite par le Dr A_____, spécialiste en médecine interne. Ce dernier a rendu son rapport en date du 28 novembre 2000. Il a conclu à l'absence d'élément en faveur d'une pathologie permettant de justifier un arrêt de travail; il a contesté le diagnostic d'instabilité cervicale et estimé qu'il n'y avait aucun signe en faveur d'une fibromyalgie. Objectivement, il a constaté que l'état de la patiente était excellent et que l'état clinique était négatif. L'expert a conclu à une capacité de travail totale et précisé que l'assurée pouvait travailler comme femme de chambre ou de ménage (pièces 27 et 46 intimé).
4. Par décision du 22 mai 2001, l'OCAI a donc rejeté la demande de prestations de l'assurée au motif qu'elle ne présentait aucune atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité. Cette décision a par la suite été confirmée par la Commission cantonale de recours AVS-AI-APG-PCF-PCC-RMCAS-AMat le 29 octobre 2002.
5. Dès avril 2003, l'assurée a travaillé à raison d'environ 30 heures par semaine en tant que serveuse auprès de la Y_____ ; elle était affiliée, pour la prévoyance professionnelle, auprès de GASTROSOCIAL CAISSE DE PENSIONS (ci-après : GASTROSOCIAL). Parallèlement, elle a continué son activité de nettoyage pour la société X_____ S.A. et ce, à raison de 10 heures par semaine (pièces 55 et 70 intimé).
6. Par courrier du 1er juillet 2004, le Dr B_____, spécialiste en médecine interne, a informé l'OCAI qu'il suivait l'assurée depuis janvier 2004 pour une fibromyalgie, un état dépressif majeur d'intensité moyenne ainsi que pour un syndrome hallucinatoire possible. Il souhaitait que la situation de l'assurée soit évaluée une nouvelle fois par le service médical de l'OCAI, étant donné qu'il avait l'impression nette que sa patiente n'était pas capable, à long terme, de travailler au-delà de 50 %. À son courrier, le Dr B_____ a joint divers rapports médicaux (pièce 48 intimé) :

- Dans un rapport établi le 13 février 2004, le Dr C _____, spécialiste en rhumatologie, a indiqué que l'assurée était connue pour une fibromyalgie diagnostiquée trois ans auparavant. La patiente se plaignait depuis quelques années d'une fatigue intense avec des douleurs ostéoarticulaires diffuses, apparues spontanément et progressivement, qui augmentaient en cours de journée et étaient moins intenses le matin et durant la nuit. La patiente se plaignait également de troubles de la mémoire et d'un manque de confiance en elle. La situation était telle que, depuis environ trois ans, elle disait ne plus ressentir de plaisir dans la vie. Les différents médicaments antalgiques n'avaient eu qu'un effet bénéfique modeste. La patiente, sous antidépresseur, suivait de nombreuses séances de physiothérapie, lesquelles avaient plutôt augmenté les symptômes.

Le Dr C _____ a relevé que l'assurée, qui travaillait comme serveuse dans un café restaurant quatre heures par jour et faisait des ménages à raison de deux heures par soir, n'avait aucune activité durant ses congés en raison de sa fatigue et passait son temps à se reposer.

Le Dr C _____ a émis l'opinion que l'anamnèse et l'examen clinique étaient compatibles avec le diagnostic de fibromyalgie, bien qu'il n'y ait que 9 points douloureux sur 18, au lieu des 12 requis. Il a précisé que la fibromyalgie était un diagnostic d'exclusion qui ne pouvait être retenu qu'après avoir éliminé d'autres pathologies. Aux dires de l'assurée, le diagnostic avait été posé aux ("établissement hospitalier"); le Dr C _____ en déduisait que les bilans nécessaires avaient été réalisés mais que si tel n'avait pas été le cas, un bilan sanguin devait être au moins réalisé une fois.

Le médecin a ajouté qu'un état dépressif pouvait également favoriser la survenue de douleurs plus diffuses et qu'à cet égard, une évaluation plus précise serait utile.

S'agissant de la capacité de travail de la patiente, le Dr C _____ a reconnu qu'il lui était difficile d'être précis. Il l'a néanmoins estimée à 50 % en tout cas, voire 75 %. Dans la mesure du possible, il convenait d'éviter des travaux physiquement lourds, une position debout prolongée et un travail dans un environnement difficile. Le Dr C _____ a ajouté qu'il était important que l'assurée continue à travailler afin d'éviter qu'elle ne perde contact avec la société car elle vivait seule et ne sortait pratiquement plus de chez elle lorsqu'elle était en congé (pièce 48 intimé).

- L'imagerie à résonance magnétique (IRM) pratiquée le 13 mai 2004 sur l'assurée en raison des troubles de mémoire dont elle se plaignait n'a montré aucune lésion cérébrale objectivée (cf. rapport du Dr D _____ du 18 mai 2004 : pièce 48 intimé).

- Un rapport établi le 12 juin 2004 par le Dr E_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en vue d'évaluer l'état dépressif de l'assurée, fait état d'une baisse de la concentration et d'oublis répétés, d'un sommeil perturbé, d'un appétit diminué, d'une perte d'initiative en lien avec les douleurs, d'une absence de plaisir dans n'importe quelle activité, d'une tristesse marquée et persistante et d'un désir passif de mort sans idéation suicidaire active.

Le Dr E_____ a décrit la patiente comme très préoccupée par des oublis de plus en plus fréquents et dans différents domaines (les courses, au travail, etc.). L'assurée a également mentionné une sensation "d'abeilles dans les cheveux".

Le Dr E_____ a conclu à une fibromyalgie et à un état dépressif majeur d'intensité moyenne. Il a expliqué que la patiente s'était organisée afin de pouvoir continuer à exercer une activité lucrative en alternant travail et heures de repos. Ceci se faisait au prix d'une renonciation à toutes les occasions de sortie et donc d'une nette diminution de sa sociabilité. Le Dr E_____ a ajouté que si la capacité de la patiente à se montrer d'apparence « joyeuse » la préservait d'éventuelles pertes de liens relationnels avec les autres, cela n'empêchait pas la présence d'un état dépressif marqué. Selon lui, il y avait un risque important d'aggravation si un changement n'intervenait pas.

Sur le plan du travail, le Dr E_____ a jugé que la patiente devrait se voir reconnaître une incapacité de travail d'au moins 50 %, ce qui contribuerait à renverser la tendance à l'aggravation. Un accompagnement par le médecin traitant était utile à l'assurée, pour qui une réduction de travail était difficile à accepter. Enfin, les troubles de la mémoire pouvaient dépasser le cadre d'une dépression et il était médicalement justifié que l'assurée soit vue par une neuropsychologue (pièce 48 intimé).

- L'examen neuropsychologique préconisé a été pratiqué en dates des 4 et 15 juin 2004. Selon le rapport établi le 15 juin 2004 par la neuropsychologue Myriam DUC, l'examen a mis en évidence un status neuropsychologique dans le registre de la norme et n'a montré aucun dysfonctionnement organique de l'appareil cognitif. Les symptômes cognitifs (trous de mémoire, oublis, confusions diverses) ont été mis sur le compte d'éléments d'allure anxio-dépressifs qu'ils masquent et qui connaissent dans le même temps un déplacement probable sur la sphère cognitive (pièce 48 intimé).

7. Dans un rapport médical daté du 22 juillet 2004, le Dr B_____ a confirmé à l'OCAI le diagnostic d'état dépressif majeur d'intensité moyenne. Il a expliqué que l'assurée était connue depuis janvier 2004 pour des malaises non spécifiques qui n'avaient pas abouti à un diagnostic. En reprenant l'histoire médicale, il avait été frappé par l'expression d'un état dépressif important associé à une fibromyalgie

chez une patiente qui essayait pourtant de travailler le plus possible. Il avait noté un état d'épuisement majeur et demandé des avis rhumatologique, psychologique et neuropsychologique.

Le Dr B _____ a relevé que, globalement, après évaluation de la situation, le Dr E _____ retenait une incapacité de travail d'au moins 50 % en raison des troubles psychiatriques et conseillait une diminution de travail à 50 % pour renverser la tendance à l'aggravation de cet état dépressif. La neuropsychologue avait retenu des troubles de la mémoire, oublis et confusions diverses en relation avec une angoisse et un état dépressif. Au niveau rhumatologique, le Dr C _____ avait retenu une capacité de travail de l'ordre de 50 à 75 %.

Dans ce contexte, le Dr B _____ a émis l'opinion qu'il fallait permettre à la patiente, pendant un certain temps et par le biais d'une rentabilité de 50 %, de "renverser la situation, actuellement certes défavorable et en voie de chronification", pour éviter des dégâts à long terme.

Le but de la demande de révision était donc d'attribuer à l'assurée une rente partielle, éventuellement limitée à deux ans (pièce 57 intimé).

8. Dès le 3 novembre 2004, l'assurée a été en incapacité de travail à 50%, puis à 100% dès le 18 novembre 2004 (pièce 80 intimé).
9. Dans un avis daté du 15 novembre 2004, le Dr F _____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après : SMR), a considéré que les éléments médicaux produits à l'appui de la deuxième demande de l'assurée n'apportaient rien de fondamentalement nouveau; ils ne permettaient pas de suspecter que l'assurée soit menacée d'une invalidité imminente au sens de l'AI; quant à la proposition d'introduction d'une rente, elle s'apparentait dans ce cas à une sorte de moyen thérapeutique complémentaire et n'entrait pas dans les critères de l'AI. La seule question qui se posait était de savoir si l'assurée travaillait au-dessus de ses forces. Pour y répondre, il convenait d'être en possession des rapports des employeurs, afin de savoir, en particulier, si les salaires versés correspondaient aux prestations effectuées. S'il se confirmait que l'assurée travaillait à plus ou moins plein temps et que les travaux qu'elle effectuait n'étaient pas manifestement, et pour des raisons médicales, au-dessus de ses forces, il faudrait refuser l'octroi de prestations (pièce 67 intimé).
10. Interrogée par l'OCAI, la Y _____ a répondu, en date du 5 janvier 2005, que l'assurée avait travaillé en tant que serveuse depuis avril 2003 à raison de 30 heures par semaine environ (pièce 70 intimée).
11. À la même époque, l'état de santé de l'assurée a fait l'objet d'une expertise par le Dr C _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, ceci à la demande de l'assureur perte de gain maladie.

Dans son rapport du 16 février 2005, le Dr B. C _____ a rappelé que le diagnostic de fibromyalgie avait été posé par le service de rhumatologie des "établissement hospitalier" en 2001 puis confirmé par le Dr N. C _____ en février 2004.

L'assurée décrivait des douleurs ostéoarticulaires au niveau de toutes les articulations, des troubles du sommeil sévères et des troubles de la concentration et de la mémoire. Elle mentionnait une volonté de s'isoler, ne voulant plus sortir et souhaitant rester seule chez elle. Elle se disait incapable de travailler, car elle n'arrivait plus à se rappeler des commandes et lors de son service, confondait les tables. Elle avait réessayé de travailler dans son emploi du soir, mais la fatigue et les douleurs l'avaient obligée à s'arrêter. L'assurée paraissait triste et ralentie. Elle avait pleuré à de nombreuses reprises et lorsque certains problèmes personnels étaient évoqués, tremblait de tout son corps. Elle bougeait sans difficulté, montait et descendait les escaliers sans problème.

L'examen ostéo-articulaire a mis en évidence la présence de 14 points douloureux de fibromyalgie sur 18. Le reste de l'examen était normal. À titre de diagnostics, l'expert a retenu un état dépressif sévère ainsi qu'une fibromyalgie depuis 2001.

D'un point de vue rhumatologique, il a estimé la capacité de travail à 50 % dans l'activité précédemment exercée et à 100 % dans tous les emplois n'impliquant ni port de charges de plus de cinq kilos ni station debout prolongée. L'assurée devait pouvoir changer régulièrement de position.

Le Dr B. C _____ a émis l'opinion qu'il existait une comorbidité psychiatrique grave, à savoir un état dépressif avec isolement social. Au vu de l'atteinte psychiatrique, il a réservé son pronostic (pièce 104 intimé).

12. Parallèlement à l'évaluation rhumatologique, une expertise psychiatrique a été demandée au Dr G _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapeute.

Dans son rapport du 28 février 2005, ce praticien a diagnostiqué un état dépressif assez prononcé, correspondant à un épisode dépressif moyen (CIM-10), ainsi qu'un trouble anxieux, peut-être plus important encore que le trouble dépressif, dont le diagnostic exact nécessitait une observation un peu plus étendue. Des éléments suggéraient un trouble panique (manifestations physiques d'anxiété) et une possible phobie sociale (évitement des situations sociales, tremblement comme manifestations physiques prédominantes). Le médecin a fait remarquer que les relations fonctionnelles entre le trouble dépressif et le trouble anxieux n'étaient pas claires, anamnestiquement; il se pouvait, comme c'était souvent le cas, que l'apparition de la dépression soit consécutive au trouble anxieux. Quant aux phénomènes sensoriels bizarres relatés par l'expertisée (sensation d'abeilles dans les cheveux), ils ne semblaient pas avoir la consistance de vraies hallucinations.

S'agissant de la capacité de travail, le médecin a qualifié les limitations tenant au syndrome anxio-dépressif (notamment fatigue, tremblements, troubles cognitifs) d'importantes et probablement incompatibles avec toute activité professionnelle. Il a ajouté que les troubles psychiques ne recevaient pas de traitements spécifiques hormis le XANAX, qui devait être considéré comme un « anesthésiant » de l'anxiété, mais en aucun cas comme un traitement de fond. Il était donc indiqué qu'un traitement médicamenteux spécifique au trouble dépressif et au trouble anxieux (panique et possible phobie sociale) soient mis en place sans délai et qu'un programme visant à sortir de l'isolement social soit institué. Par ailleurs, il était probable qu'une démarche spécialisée (psychiatrique), stimulant l'expertisée à reprendre contact avec diverses activités soit nécessaire. Avec un tel traitement, une reprise du travail à 50 % devait être envisageable dans un délai de deux à trois mois. Si la reprise devait s'avérer impossible à réaliser en raison de l'état clinique et malgré un traitement bien suivi, un traitement plus étoffé devrait alors être institué (de type CTB [consultation de thérapie brève], voire en hôpital psychiatrique), vu le risque élevé d'invalidation (pièce 80 intimé).

13. Dès le 18 mars 2005, l'assurée a été suivie par la Dresse H_____, psychiatre traitant, et à partir du 15 mai 2005, l'assurée a repris son activité de serveuse à 50% (pièce 73 intimé).
14. Dans un rapport daté du 4 juin 2005, la Dresse H_____ a posé les diagnostics d'état dépressif majeur (F33.2) et de trouble somatoforme douloureux (F45.0). Depuis 2004, la capacité de travail était de 50 % dans la profession de sommelière et ce, pour une durée indéterminée. En novembre 2004, l'assurée se disait très fatiguée, présentait des troubles de la mémoire, n'arrivait notamment pas à retenir les commandes des clients. Le status clinique décrit une patiente triste, apathique, ralentie sur le plan psychomoteur; des troubles de la mémoire et de la concentration : au cours de l'entretien, l'assurée s'arrêtait souvent, ne se rappelant plus de quoi elle parlait, par moment perplexe. La praticienne notait la présence de vagues idées de persécutions (à mécanisme interprétatif) ainsi que quelques idées noires (pièces 73 à 76 intimé).
15. Dans un avis daté du 28 novembre 2005, le Dr I_____, médecin auprès du SMR, a indiqué qu'au vu de l'état de santé non stabilisé au moment de l'expertise psychiatrique, une nouvelle appréciation de la situation effectuée par le Dr G_____ s'avérait nécessaire (pièce 82 intimé).
16. En date du 9 janvier 2006, l'assurée a donc fait l'objet d'une seconde expertise par le Dr G_____. Ce dernier, dans son rapport du 16 janvier 2006, a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et d'anxiété généralisée (F41.1), présents depuis 1999 (première consultation psychiatrique). L'expert a précisé que depuis quelques années (il était difficile de dater les symptômes actuels, apparus progressivement), l'assurée

présentait un tableau comprenant des douleurs chroniques sans grand substrat organique et un syndrome anxieux et dépressif chronique avec des exacerbations à certaines périodes. S'agissant des diagnostics retenus, il a expliqué que les douleurs chroniques pouvaient être qualifiées de "somatoformes". Étant donné qu'elles étaient liées à un contexte dépressif, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'était pas retenu formellement. La dépression était chronique, avec des exacerbations épisodiques. Au moment de la seconde expertise, l'assurée paraissait moins déprimée qu'en février 2005. Le diagnostic d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent pouvait donc être retenu. La peur de tout, les ruminations soucieuses envahissantes associées à des manifestations physiques d'anxiété correspondaient au diagnostic d'anxiété généralisée. Les bizarreries psychosensorielles n'étaient pas réapparues et le diagnostic d'une composante psychotique éventuelle restait réservé. Malgré le traitement en cours, parfaitement approprié, le syndrome anxio-dépressif restait significatif (concordance entre les plaintes subjectives et les données objectives) et limitait la capacité de travail du fait de la baisse des capacités cognitives (mémoire, attention), volitionnelles (motivation) et comportementales (manque d'énergie). La dépression chronique ou récurrente et l'anxiété généralisée étaient des affections fréquemment associées et qui se renforçaient mutuellement. La capacité de travail exigible était de 50% et au vu de l'évolution, il lui paraissait peu probable qu'une amélioration supplémentaire puisse intervenir dans un délai prévisible (pièce 86 intimé).

17. Fort de ces différents avis, le Dr I_____, du SMR, a retenu à titre d'atteinte principale à la santé un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) constituant une comorbidité psychiatrique justifiant une diminution de la capacité de travail de 50%. L'assurée présentait suffisamment de ressources pour travailler à un taux de 50% et ne présentait pas de perte de l'intégration sociale (pièce 80 intimée).
18. En date du 26 juin 2006, l'OCAI a communiqué à l'assurée un projet de décision lui octroyant une demi-rente dès le 3 novembre 2005; dès lors que sa capacité de travail était de 50% dans quelque activité que ce soit, cette capacité de travail se confondait avec la capacité de gain (pièce 92 intimé).
19. Par courrier du 12 juillet 2006, GASTROSOCIAL a informé l'OCAI qu'elle contestait l'octroi d'une rente à l'assurée. Elle a fait remarquer que l'assurée avait démontré qu'elle savait affronter ses douleurs et avait même continué de travailler; du point de vue neurologique, il n'y avait rien d'anormal; par ailleurs, les réactions de l'assurée ne permettaient pas de conclure qu'elle souffrait d'une dépression sévère; aucune lésion cérébrale n'avait été détectée; enfin, il existait d'autres possibilités de traitements médicamenteux pour aider l'assurée (pièce 96 intimé).

20. Par décision du 26 septembre 2006, l'OCAI a reconnu l'assurée invalide à 50% et lui a octroyé une demi-rente dès le 1er novembre 2005. L'OCAI a précisé que seul le diagnostic de trouble dépressif avait été retenu comme invalidant au sens de la loi (pièce 97 intimé).
21. En date du 24 octobre 2006, GASTROSOCIAL a interjeté recours. La recourante conclut à l'annulation de la décision de l'OCAI et à ce que la cause soit renvoyée à ce dernier pour instruction complémentaire.

Elle fait valoir qu'il ressort du dossier que jusqu'au mois de janvier 2005 au moins, l'assurée a travaillé 40 heures par semaine avec un salaire normal et qu'elle a donc conservé une capacité de travail entière jusqu'à cette date au moins

Par ailleurs, la recourante fait remarquer que le Dr A_____, dans son rapport du 28 novembre 2000, n'a retenu aucune atteinte à la santé. Elle fait grief à l'intimé de ne pas avoir expliqué la contradiction existant entre les conclusions du rapport du Dr A_____ et celles des autres rapports médicaux concluant à une dépression moyenne.

La recourante relève en outre que le Dr B_____, dans son rapport du 22 juillet 2004, a mentionné que l'assurée souffrait de malaises non spécifiques n'ayant jamais abouti à un diagnostic; elle en tire la conclusion que la fibromyalgie doit être exclue et que même si tel ne devait pas être le cas, on ne peut admettre que l'assurée souffre d'une comorbidité psychiatrique grave puisqu'il ressort du rapport établi le 28 novembre 2005 par le Dr I_____ que l'assurée n'a pas bénéficié d'un traitement antidépresseur. La recourante en tire la conclusion que l'assurée ne s'est pas conformée à l'obligation qui lui incombe de réduire le dommage.

22. Dans sa réponse datée du 22 novembre 2006, l'intimé conclut principalement à l'admission du recours, à l'annulation de la décision querellée et au constat que l'assurée ne peut prétendre à aucune prestation. À titre subsidiaire, l'intimé conclut à ce que la cause lui soit renvoyée pour instruction complémentaire avant une nouvelle décision.

L'OCAI explique qu'il ressort de l'ensemble des pièces médicales que l'assurée se plaint principalement depuis 1999 de douleurs diffuses sans substrat organique, qui ont été englobées ultérieurement dans le diagnostic de « fibromyalgie ». La survenance d'une problématique dépressive dès 2004 environ apparaît ainsi intrinsèquement liée aux douleurs ressenties par l'assurée, raison pour laquelle cet aspect n'a pas lieu d'être élevé au rang de diagnostic séparé, conformément à la jurisprudence. Ainsi, contrairement à l'analyse à laquelle a procédé son service médical (rapport du 4 mai 2006), il n'y a pas lieu d'examiner le trouble dépressif indépendamment du diagnostic de fibromyalgie. Ce trouble dépressif récurrent, dont l'épisode actuel est qualifié de moyen, ne peut par ailleurs constituer une comorbidité psychiatrique grave et durable au sens de la jurisprudence fédérale. En

outre, l'examen des autres critères conduit à nier le caractère invalidant de la fibromyalgie présentée par l'assurée. En effet, malgré une certaine chronicité des douleurs, on ne peut en aucun cas parler d'un état psychique cristallisé, les psychiatres évoquant une évolution de la santé et la thymie de l'assurée étant souvent fluctuante. Par ailleurs, l'assurée n'a consulté un psychiatre que depuis 2005 et le traitement médicamenteux est susceptible d'être adapté ou modifié.

23. Par ordonnance du 12 décembre 2006, le Tribunal de céans a appelé en cause l'assurée (ci-après : l'appelée en cause) et lui a octroyé un délai pour se déterminer.
24. Par écriture datée du 27 février 2007, l'appelée en cause conclut, principalement, au rejet du recours avec suite de dépens et frais (comprenant 133 fr. de photocopies), subsidiairement à ce qu'une nouvelle expertise psychiatrique soit ordonnée et, plus subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire.

Elle fait valoir que contrairement à ce que prétendent la recourante et l'intimé, le diagnostic de "syndrome douloureux somatoforme persistant" n'a pas été retenu. En outre, l'état psychique est cristallisé puisque l'expert a relevé qu'il paraît peu probable qu'une amélioration puisse intervenir dans un délai prévisible. Selon l'appelée en cause, il ne s'agirait pas de comorbidité psychiatrique, mais de troubles psychiques dûment diagnostiqués, soit un trouble dépressif récurrent (F 33.11) et une anxiété généralisée (F 41.1). Par ailleurs, le trouble psychique date de 1999, date de la première consultation psychiatrique (expertise du Dr G_____ du 16 janvier 2006). Selon l'appelée en cause, on ne peut ni s'écarter des conclusions de l'expertise, qui a, selon elle, valeur probante, ni retenir une capacité de travail complète.

A l'appui de ses allégations, elle produit un courrier établi le 15 janvier 2007 par la Dresse J_____, son psychiatre traitant, qui confirme les diagnostics relatifs aux troubles psychiques et précise que ceux-ci prédominent nettement sur la fibromyalgie.

L'appelée en cause rappelle que le Dr A_____ n'est pas psychiatre, que le Dr N. C_____ n'a fait que constater que l'anamnèse et l'examen clinique étaient "compatibles" avec le diagnostic de fibromyalgie et qu'enfin, un état dépressif majeur d'intensité moyenne existait déjà en 2004 (rapport du Dr E_____).

Elle précise que si elle a effectivement pendant un temps travaillé à raison de 4 heures et demi par jour dans un restaurant et 2 heures le soir comme nettoyeuse, il n'en demeure pas moins qu'à compter du 3 novembre 2004, elle a été dans l'incapacité totale de travailler et ce, jusqu'au 15 mai 2005, date à laquelle elle a repris son activité de serveuse à 50%.

Par ailleurs, l'appelée en cause fait observer que le rapport invoqué par la recourante pour lui nier toute incapacité de travail date du 28 novembre 2000 alors même que l'incapacité de travail en question remonte au 15 novembre 2004.

L'appelée en cause fait encore remarquer qu'elle suit un traitement à base d'antidépresseurs et tranquillisants depuis le 18 mars 2005, de sorte que lorsque l'évaluation psychiatrique a eu lieu, le 9 janvier 2006, elle était sous médication depuis près de 9 mois.

Elle fait valoir en outre que l'intimé évoque pour la première fois dans sa détermination du 22 novembre 2006 le diagnostic de fibromyalgie. Or, ce diagnostic n'a pas été retenu par l'expert G_____. Qui plus est, le Dr N. C_____ n'a constaté la présence que de 9 points douloureux sur 18, au lieu des 12 requis pour poser un diagnostic de fibromyalgie. D'ailleurs, le SMR a admis que l'atteinte principale à la santé incombe au trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et que seuls les troubles psychiques entraînent une incapacité de travail de 50%. Il n'y a donc pas lieu d'analyser le caractère invalidant ou non de la fibromyalgie, ce diagnostic étant sans pertinence en l'espèce.

25. Dans son écriture du 1^{er} mars 2007, l'intimé a persisté dans ses conclusions. L'OCAI fait valoir que l'ensemble des médecins traitants consultés, suite à la demande de prestations du 2 juillet 2004, ont retenu le diagnostic de fibromyalgie ou une problématique assimilable. En outre, l'expert G_____ a mentionné des "douleurs chroniques sans grand substrat organique". Ainsi, selon l'intimé, l'examen juridique - et non médical - des critères définis par le Tribunal fédéral pour les troubles somatoformes douloureux devrait être effectué en l'espèce.
26. Par écriture du 23 mars 2007, la recourante a également campé sur sa position, en rappelant notamment que le Dr B. C_____ a retenu une fibromyalgie (rapport du 13 février 2004), que selon une note au dossier datée du 10 janvier 2005, l'appelée en cause a travaillé 40 heures par semaine avec un salaire normal et que dans la mesure où il n'y avait pas eu de traitement psychiatrique, l'appelée en cause n'a pas réduit son dommage.
27. Quant à l'appelée en cause, elle a elle aussi persisté dans ses conclusions, s'étonnant que l'intimé remette en question l'avis médical de l'expert mandaté par ses propres soins. Elle relève que ce dernier a conclu à une totale incapacité de travail depuis le 18 novembre 2004 et de 50% dès la date de l'expertise, sans retenir de syndromes somatoformes douloureux. De plus, il a paru à l'expert peu probable qu'une amélioration supplémentaire puisse intervenir dans un délai prévisible. Selon l'appelée en cause, il s'agit là d'une question médicale qu'il ne revient ni à la recourante ni à l'intimé de trancher. L'expertise du Dr G_____ a, selon elle, pleine valeur probante.

Elle fait valoir par ailleurs que, contrairement à ce qu'indique la recourante, la note datée du 10 janvier 2005 versée au dossier ne fait mention que du fait qu'elle a travaillé à plein temps avant le 3 novembre 2004. A cet égard, le Dr E_____ a d'ailleurs relevé en juin 2004 que les heures libres entre l'activité exercée le matin au restaurant et le soir à l'aéroport, lui permettaient de récupérer en se reposant.

Enfin, l'assurée fait valoir que les écritures de la recourante semblent faire entièrement abstraction des pièces produites.

28. Après communication de cette écriture aux parties, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Quoi qu'il en soit, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, 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).

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Interjeté dans les formes et délai prévus, le présent recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

4. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a considéré que les atteintes à la santé dont souffre l'appelée en cause sont invalidantes et lui ouvrent droit à une demi-rente d'invalidité.
5. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence).

Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

6. Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart; 50 % au moins une demie; 60 % au moins trois-quarts; 70 % au moins rente entière.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

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). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). 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).

7. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).
8. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, 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; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 et les références).

9. 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 n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, 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. 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).

S'agissant de la valeur probante 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

10. La décision litigieuse retient, en se fondant sur les conclusions du Dr G _____, qu'en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, l'appelée en cause a une capacité de travail résiduelle de 50% dans toute activité.

En février 2005, l'appelée en cause a été évaluée une première fois par le Dr G _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce praticien a estimé qu'elle souffrait d'un état dépressif assez prononcé, à savoir un épisode dépressif moyen. S'y ajoutait en outre un trouble anxieux, peut-être plus important encore que le trouble dépressif. L'assurée présentait des éléments suggérant un

trouble panique (manifestations physiques d'anxiété) et une possible phobie sociale (éviter des situations sociales, tremblement comme manifestations physiques prédominantes). S'agissant de sa capacité de travail, les limitations tenant au syndrome anxio-dépressif (notamment fatigue, tremblements, troubles cognitifs) étaient importantes et probablement incompatibles avec toute activité professionnelle. L'incapacité de travail en tant que serveuse était totale. Néanmoins, avec une prise en charge psychiatrique, une reprise à 50 % devait être envisageable dans un délai de deux à trois mois.

En janvier 2006, l'appelée en cause a une seconde fois été évaluée par le Dr G _____. Ce dernier a constaté que malgré le traitement psychiatrique en cours, le syndrome anxio-dépressif restait significatif, même si l'appelée en cause paraissait moins déprimée qu'en février 2005. La dépression était chronique, avec des exacerbations épisodiques. Le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent, pouvait donc être retenu. La peur de tout, que ressentait l'assurée, les ruminations soucieuses envahissantes associées à des manifestations physiques d'anxiété correspondaient au diagnostic d'anxiété généralisée. Le diagnostic d'une composante psychotique éventuelle restait, quant à lui, encore réservé.

S'agissant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée, l'expert a expliqué que le syndrome anxio-dépressif avait pour conséquence une baisse des capacités cognitives, volitionnelles et comportementales, touchant ainsi la mémoire, l'attention, la motivation de l'appelée en cause et entraînant un manque d'énergie. Il a estimé que compte tenu des affections psychiques, l'assurée avait une capacité de travail de 50% dans toute activité.

Ces expertises, qui se fondent sur un examen complet, prennent en considération les plaintes exprimées par l'appelée en cause et ont été établies en pleine connaissance de l'anamnèse et du contexte médical. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. L'expert s'est exprimé sur l'état de santé, son évolution, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles, enfin, il a dûment motivé son point de vue. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes. Aussi, doit-on admettre que ces expertises répondent aux critères posés par la jurisprudence relative à la valeur probante des avis médicaux.

Il convient dès lors d'examiner s'il existe un indice concret permettant de mettre en cause le bien-fondé de ces conclusions. Le Tribunal de céans relèvera d'ores et déjà que le diagnostic de trouble dépressif est corroboré par le Dr E _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (rapport du 12 juin 2004, pièce 48 intime) et par la Dresse H _____, psychiatre traitant (rapport du 4 juin 2005, pièces 73 à 76 intime).

11. a) Contrairement au Dr G _____, la Dresse H _____ a posé, dans son rapport du 4 juin 2005, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux (F45.0). Le Tribunal de céans constate néanmoins que cette praticienne n'a pas expliqué quels critères lui avaient permis de retenir une telle affection, alors que celle-ci a été écartée de manière convaincante par le Dr G _____. A cet égard, ce dernier a expliqué que si les douleurs chroniques pouvaient certes être qualifiées de "somatoformes", étant donné qu'elles étaient liées à un contexte dépressif, le diagnostic de "syndrome douloureux somatoforme persistant" n'était pas retenu formellement (pièce 86 intime, p. 4, 1er §). En outre, le diagnostic retenu par la Dresse H _____ n'est corroboré par aucun autre avis psychiatrique. Il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 676/05 du 13 mars 2006, consid. 2.4; I 783/05 du 18 avril 2006, consid. 2.2; U 58/06 du 2 août 2006, consid. 2.2; I 835/05 du 29 août 2006, consid. 3.2; I 879/05 du 27 septembre 2006, consid. 3.3; I 633/06 du 7 novembre 2006, consid. 3), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise psychiatrique et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (ATFA non publié du 7 mars 2007, I 113/06). Or, tel n'est pas le cas en l'occurrence.

b) Le Dr C _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologue, mandaté à titre d'expert, a, en date du 16 février 2005, diagnostiqué une fibromyalgie. Le Tribunal de céans n'est cependant pas convaincu par les conclusions auxquelles a abouti ce praticien. Il ressort en effet de son rapport que cet expert est parti du principe que le diagnostic de fibromyalgie avait été posé en 2001, puis confirmé par le Dr N. C _____ en février 2004. Or, le fait qu'un tel diagnostic ait été posé en 2001, n'est nullement documenté. En outre, le Dr N. C _____ n'a pas confirmé le diagnostic, mais expliqué que l'anamnèse et l'examen clinique étaient "compatibles" avec le diagnostic de fibromyalgie, tout en précisant qu'il n'y avait que 9 points douloureux sur 18, au lieu des 12 requis et que la fibromyalgie était un diagnostic d'exclusion qui ne pouvait être retenu qu'après avoir éliminé d'autres pathologies, ce dont il convenait de s'assurer. Par ailleurs, il résulte du rapport d'expertise du 16 février 2005, que le Dr B. C _____ a procédé à un examen clinique très sommaire et posé un diagnostic qui ne relève pas de sa spécialisation (un état dépressif sévère). Enfin, il n'a pas apprécié la situation médicale de l'appelée en cause et n'a pas motivé ses conclusions.

c) Le diagnostic de fibromyalgie a certes également été posé par les Drs E _____, psychiatre, et B _____, spécialiste en médecine interne. Ce

trouble ne saurait cependant être uniquement retenu sur la base de leur rapport, dès lors que cette affection ne relève pas de leur spécialisation.

d) Quoi qu'il en soit, contrairement à ce que fait valoir l'intimé, le trouble dépressif dont souffre l'assurée n'est pas une réaction à une fibromyalgie ou à un trouble somatoforme douloureux, mais constitue une affection autonome, existant depuis 1999 déjà, date à laquelle l'assurée a pour la première fois consulté un psychiatre. A cet égard, le Dr G_____ a d'ailleurs expliqué que le trouble dépressif peut être réactionnel au trouble anxieux dont souffre également l'assurée, ces affections étant fréquemment associées et se renforçant mutuellement (pièce 86 intimé, p. 4, 3^{ème} §).

d) Enfin, aucun des rapports versés au dossier n'apporte d'élément qui justifierait de s'écarter des conclusions bien motivées des expertises psychiatriques précitées, voire simplement qui fasse apparaître la nécessité d'une instruction complémentaire, comme le requièrent la recourante et l'intimé.

A cet égard, le Tribunal de céans constate que les griefs soulevés par la recourante ne sont en l'occurrence pas convaincants. On ne saurait en effet voir, comme l'allègue la recourante, de contradiction entre les conclusions auxquelles a abouti le Dr A_____ et les expertises du Dr G_____. En effet, le Dr A_____ a apprécié l'état de santé que présentait l'appelée en cause en novembre 2000, alors que le Dr G_____ a évalué l'assurée en février 2005 et janvier 2006, soit plus de 4 ans plus tard. Au demeurant, les troubles psychiques ne relèvent pas de la spécialisation du Dr A_____.

Par ailleurs, contrairement à ce que prétend la recourante, les pièces versées au dossier permettent de retenir que l'appelée en cause a été en incapacité de travail dès le 3 novembre 2004 (pièce 80 intimé). A cet égard, la note du 10 janvier 2005, à laquelle se réfère la recourante n'est pas pertinente, dès lors qu'elle porte uniquement sur la nature du travail et les heures effectués par l'appelée en cause avant son incapacité de travail.

Enfin, selon la recourante, l'appelée en cause n'aurait pas rempli son devoir de réduire le dommage dans la mesure où aucun traitement n'aurait été mis en place. Or, il est établi que depuis le 18 mars 2005, l'appelée en cause suit un traitement psychiatrique (pièces 73 et 86 intimé). L'expertise effectuée par le Dr G_____ en date du 16 janvier 2006 a d'ailleurs permis d'apprécier l'évolution de l'état de santé de l'appelée en cause, compte tenu dudit traitement.

12. Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que l'appelée en cause dispose depuis novembre 2004 d'une capacité de travail réduite en raison d'un état dépressif récurrent et d'une anxiété généralisée.

Or, au moment de la décision initiale de refus de rente, l'état de santé de l'appelée en cause était excellent et sa capacité de travail totale (rapport du Dr A_____ du 28 novembre 2000, pièce 27 intimé).

Dans la mesure où, entre le moment de la décision initiale de refus de rente (22 mai 2001) et celui de la décision litigieuse (26 septembre 2006), la capacité de travail de l'appelée en cause est passée de 100% à 50% et ce, dans toute activité, un changement important des circonstances s'est produit.

En tant que l'évaluation du degré d'invalidité et le moment de la naissance du droit à la rente ne sont par ailleurs ni contestés ni contestables, le Tribunal de céans ne peut que confirmer la décision querellée.

13. Le recours sera par conséquent rejeté et la recourante condamnée au paiement d'un émolument de 500 fr.
14. L'appelée en cause, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de 1'000 fr. à charge de la recourante.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 500 fr. à la charge de la recourante.
4. Condamne la recourante à verser à l'appelée en cause une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Janine BOFFI

Karine STECK

La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR

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