REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4564/2006 **ATAS/822/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 18 juillet 2007

En la cause

Madame S_____, domiciliée , LE LIGNON, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marianne BOVAY	recourante

contre

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

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Teresa SOARES et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame S_____ (ci-après : l'assurée), femme au foyer née le 1er janvier 1962, originaire de Turquie, a rejoint en Suisse son mari en juin 1995, avec ses trois enfants, nés en 1982, 1988 et 1990. Elle n'a jamais exercé d'activité professionnelle ni en Turquie, ni en Suisse.

2. L'assurée a été suivie, fin 1997 et courant 1998, par la Division de pneumologie des (ci-après : "établissement hospitalier") pour toux chronique et suspicion de syndrome descendant, ayant notamment pour cause le tabagisme de l'assurée. Une consultation de chirurgie certico-faciale le 18 mars 1998 n'a pas exclu la présence d'une adénoïdite chronique avec syndrome descendant. Le reste du status ORL était normal.

3. En août 2001, l'assurée a subi en urgence une hystérectomie et une annexectomie gauche en Turquie.

4. Dès le 27 août 2002, l'assurée a été hospitalisée au département de gynécologie des "établissement hospitalier", pour éviscération et kyste hétérogène au niveau pelvien. Selon les rapports du 30 septembre 2003 de la Division de gynécologie des "établissement hospitalier", qui a suivi l'assurée du 1er janvier 2001 au 8 décembre 2002, l'assurée présentait les diagnostics d'état dépressif chronique, d'obésité morbide et de fibromyalgie depuis environ cinq ans, provoquant son incapacité de travail totale. Le traitement consistait en prise d'anti-dépresseurs. Les autres affections n'ayant aucune incidence sur la capacité de travail étaient une hystérectomie et une annexectomie gauche, un status post-cholécystéctomie laparoscopique et un status post-éventration latérale droite sur Pfannenstiel. De l'avis des médecins, l'assurée ne pouvait effectuer un travail physique même pour faire son ménage à la maison, ses limitations consistant à tenir la position assise et debout qu'une à deux heures par jour, à ne pas tenir la même position longtemps, ne pas pouvoir incliner le buste, ni adopter la position accroupie ou se baisser, ni avoir des horaires de travail irrégulier, faire un travail en hauteur ou se déplacer sur un sol irrégulier. Son incapacité de travail était de 100% depuis le 1er janvier 2001, y compris dans les activités ménagères, et aucune autre activité n'était exigible.

5. Adressée au département de chirurgie, l'assurée y a subi, le 15 octobre 2002, une cure d'éventration avec pose d'un filet de mersilène. Le Dr A_____, chirugien, a indiqué que les antécédents concernaient un status post-Pfannenstiel pour hystérectomie et annexectomie gauche (août 2001), un status post-cholécystéctomie laparoscopique (décembre 1998), un état anxio-dépressif chronique, une obésité morbide et un ovaire multikystique droit.

6. Du 3 au 4 décembre 2002, l'assurée a été hospitalisée à la division des urgences médico-chirurgicales des "établissement hospitalier" pour douleurs abdominales

non spécifiques. Le scanner a mis en évidence une importante coprostase, des kystes ovariens et un nodule surrénalien gauche de 1,6 cm. Un lavement a été pratiqué, qui a soulagé l'assurée.

7. Le 19 décembre 2002, l'assurée, en consultation aux "établissement hospitalier", s'est vu proposer un traitement pour état anxio-dépressif ainsi qu'un dosage des hormones thyroïdiennes.

8. Le 27 mars 2003, l'assurée a subi une échographie thyroïdienne et un scanner cervical. En ce qui concerne la première, le Dr B_____ a constaté que cette échographie restait dans les limites de la norme. S'agissant du second, le Dr C_____, radiologue, a relevé la présence d'une "côte cervicale ddc", sans aucun effet compressif décelable ni sur le fourreau dural ou la moelle ni sur les racines cervicales. Le reste de la colonne cervicale était morphologiquement normal.

9. Elle a déposé en date du 6 mai 2003 une demande de rente d'invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI), en raison de douleurs cervicales et dorsales, hernie, suites d'opérations gynécologique et de la vésicule.

10. Le 12 mai 2003, l'assurée a indiqué, dans le questionnaire servant à déterminer le statut de l'assuré, qu'elle aurait exercé la profession de couturière à 100% si elle avait été en bonne santé, dès son arrivée en Suisse.

11. Dans son rapport du 14 juillet 2003, le Dr D_____, médecin-traitant de l'assurée, a diagnostiqué des cervicalgies chroniques, une bronchite chronique asthmatiforme depuis 1997-1998 et des douleurs abdominales chroniques depuis 2001. Il a considéré que l'état de sa patiente s'aggravait, sans requérir un examen complémentaire. Il a relevé qu'aucune aide extérieure n'était nécessaire à l'assurée pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Il n'a pas mentionné de limitation des capacités fonctionnelles, mais a précisé que sa patiente devait éviter le froid et la poussière.

12. Les 18 novembre et 6 décembre 2005, le Dr D_____ a indiqué que l'état de santé de sa patiente s'était dégradé depuis juillet 2004, en raison de l'existence d'une hépatite B cirrhotique. A son avis, l'état dépressif s'était également aggravé. Il a indiqué avoir proposé à l'assurée une prise en charge psychiatrique. Il n'envisageait pas pour sa patiente une activité professionnelle.

13. Le 20 avril 2006, le Dr E_____, psychiatre, a effectué une expertise sur l'assurée à la demande de l'OCAI. Dans la mesure où l'expertisée ne parle pas le français, l'expertise a été effectuée avec l'aide de son fils en tant qu'interprète. L'expert n'a pas diagnostiqué d'affections psychiques ayant des répercussions sur la capacité de travail. Les diagnostics, sans répercussion, consistaient en troubles de l'adaptation (F 43.2), syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45),

personnalité frustre (F 60.8), obésité, status après hystérectomie et une annexectomie gauche, un status post-cholécystéctomie laparoscopique, un status post-éventration latérale droite sur Pfannenstiel, un tabagisme chronique et une hyperréactivité bronchique. Sur le plan psychique, l'expert a relevé que l'assurée présentait des signes d'anxiété et un léger état dépressif, mais qu'elle regardait la télévision et partait presque trois mois par an en vacances en Turquie. Au plan physique, les plaintes de l'assurée restaient difficilement objectivables, en particulier en ce qui concernait l'affirmation de l'assurée sur son incapacité à assurer les tâches ménagères. Selon l'expert, l'assurée présentait une capacité résiduelle de travail de 80%.

14. Par décision du 19 mai 2006, l'OCAI a rejeté la demande de rente de l'assurée, au motif que le trouble somatoforme douloureux diagnostiqué par l'expert ne présentait pas de caractère invalidant, compte tenu de l'absence de comorbidité psychiatrique, de la bonne intégration vécue par l'assurée et des vacances qu'elle prenait chaque année en Turquie.

15. Par écritures du 21 juin 2006, l'assurée a fait opposition à cette décision, alléguant qu'elle souffrait d'affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif chronique sans rémission durable depuis plusieurs années, d'une perte d'intégration dans la mesure où elle n'était plus apte à travailler, à s'occuper de sa famille et de son ménage, ni à sortir ou être autonome en raison de douleurs. Elle connaissait enfin un état psychique cristallisé, puisque les médicaments prescrits n'avaient apporté aucune amélioration. A l'appui de son opposition, l'assurée a produit un certificat de son médecin-traitant du 1er juin 2006, selon lequel son état de santé continuait de se dégrader et la dépression à persister. Elle présentait une hypothyroïdie souvent accompagnée de malaises et subissait les complications de son hépatite B chronique non complètement guérie. Elle souffrait également de cervicalgies chroniques et de lombosciatalgies du côté gauche. Le médecin a confirmé que sa patiente était pratiquement en incapacité de travail totale et qu'une éventuelle activité professionnelle ne pouvait être envisagée.

16. Sur demande de l'OCAI, le médecin-traitant a produit des copies des analyses hépatiques, de la vitesse de sédimentation (VS) et les résultats de l'échographie hépatique pratiquée le 29 septembre 2004. Selon celle-ci, l'assurée souffrait d'une hépatomégalie stéatosique sans signe d'hypertension portale.

17. Le 16 octobre 2006, la Dresse F_____ du SMR a constaté que les analyses précitées étaient strictement normales à l'exception d'une légère augmentation de la protéine C réactive (CRP) sensible. Quant à l'échographie, elle montrait une stéatose hépatique avec un foi légèrement agrandi et non une hépatite B cirrhotique.

18. Par décision sur opposition du 31 octobre 2006, l'OCAI a maintenu sa décision initiale, au motif que les nouvelles pièces produites à l'appui des diagnostics

d'hyperthyroïdie et d'hépatite B posés par le médecin-traitant, et non retenus lors de la décision initiale, ont permis au SMR d'une part de rejeter le diagnostic d'hépatite et d'autre part d'indiquer que l'hyperthyroïdie se traitait par substitution. S'agissant du trouble somatoforme, l'OCAI a relevé, se fondant sur l'expertise, que les troubles de l'assurée étaient essentiellement imputables à des difficultés socioculturelles, non invalidantes au sens de l'assurance-invalidité.

19. Par recours du 6 décembre 2006, l'assurée, représentée par son conseil, a conclu, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision sur opposition, la mise en œuvre d'une contre-expertise confiée à un médecin-psychiatre, et, sur le fond, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Elle a allégué que l'expertise du Dr E_____ n'avait pas valeur probante, dans la mesure où, d'une part, son fils avait fait office de traducteur lors de la consultation ce qui l'avait empêchée de s'exprimer librement et, d'autre part, l'expert avait utilisé à plusieurs reprises un vocabulaire très évasif démontrant sa subjectivité. Elle a considéré enfin remplir les critères pertinents pour admettre le caractère invalidant de son trouble somatoforme douloureux, reprenant ses arguments développés dans son opposition à la décision initiale.

20. Par réponse du 8 février 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours et a soutenu que l'expertise critiquée revêtait pleine valeur probante, précisant que le fils de l'assurée pouvait faire office d'interprète selon la jurisprudence.

21. En date du 19 avril 2007, le Tribunal a requis du Dr D_____ des réponses à différentes questions relatives aux affections dont souffre la recourante et leur conséquence sur les tâches ménagères.

22. Par lettre du 14 mai 2007, ce médecin a confirmé l'avis du SMR sur le caractère non invalidant de l'hypothyroïdie et l'hépatite B chronique, tout en mentionnant que ces pathologies devenaient invalidantes à la longue en raison de l'absence de traitement. Il a expliqué qu'en raison des multiples affections, surtout la fibromyalgie, la dépression et l'obésité, sa patiente ne pouvait assumer ses tâches ménagères à 100%. Il a toutefois estimé à 50% au minimum le pourcentage des tâches que la recourante n'était plus en mesure d'accomplir. De l'avis de ce médecin, celle-ci ne pouvait pas surmonter son handicap en faisant preuve de bonne volonté.

23. Par courrier du 5 juin 2007, la recourante a persisté dans ses conclusions, tout en relevant que les réponses de son médecin-traitant attestaient d'affections médicales invalidantes.

24. Par lettre du 7 juin 2007, l'OCAI a transmis l'avis médical du SMR du 6 juin 2007, signée par la Dresse G_____, en réponse à l'appréciation du Dr D_____. Selon la doctoresse, le médecin-traitant s'est contredit en retenant d'une part une incapacité de travail totale dans son rapport du 1er juin 2006, puis de 50% pour les tâches ménagères dans son nouveau rapport. Par ailleurs, elle a

indiqué que l'hypothyroïdie et l'hépatite chronique pouvaient évoluer défavorablement, mais qu'en l'état ces affections présentaient un caractère bénin. Elle a confirmé au surplus qu'à son avis la recourante "ne présente pas de maladie invalidante au sens de l'AI", "au vu de l'absence des critères de gravité retenus par le Tribunal fédéral pour déterminer si une telle affection est invalidante".

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

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le présent recours, conforme aux exigences de forme de l'art. 56 LPGA, respecte le délai légal de l'art. 60 LPGA, de sorte qu'il est recevable.

3. Le litige porte sur le droit de la recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail.

4. 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

5. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins.

6. a) Lors de l'examen initial du droit à la rente, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28 al. 2 et 3 LAI, en corrélation avec les art. 27 s. RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

   b) Dans le cas d'espèce, la recourante n'a jamais exercé d'activité professionnelle ni en Turquie, ni en Suisse. Elle a indiqué, dans le questionnaire remis par l'OCAI, qu'elle aurait exercé la profession de couturière si elle n'était pas atteinte dans sa santé. Cependant, elle n'a jamais entrepris, au vu du dossier, une formation en ce sens, ni n'a développé une activité personnelle dans ce domaine. Cette seule affirmation ne permet pas de retenir qu'elle aurait véritablement exercé cette activité lucrative si elle avait été en bonne santé. L'évaluation de l'invalidité doit donc s'opérer uniquement en regard de l'activité ménagère.

7. L'art. 5 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, prévoyait que les assurés âgés de 20 ans révolus qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont on ne saurait exiger qu'ils exercent une telle activité sont réputés invalides si l'atteinte à leur santé les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Cette disposition légale a subi des modifications d'ordre rédactionnel avec l'entrée en vigueur de la LPGA, puis de la 4e révision de l'assurance-invalidité. Dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2004 (modification introduite par la novelle du 21 mars 2003), l'art. 5 al. 1 LAI dispose que l'invalidité des assurés âgés de 20 ans ou plus qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont on ne saurait exiger qu'ils exercent une telle activité est déterminée selon l'art. 8 al. 3 LPGA.

   L'art. 28 al. 2bis LAI, entré en vigueur le 1er janvier 2004, a été introduit dans la loi par la novelle du 21 mars 2003 (4e révision de l'assurance-invalidité). Cette disposition légale prévoit que l'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels.

8. En ce qui concerne les atteintes à la santé psychique pouvant entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité; 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).

9. En présence de troubles somatoformes douloureux persistants ou d'une fibromyalgie, la jurisprudence pose la présomption que ces affections ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50).

   Savoir si des facteurs déterminés rendent la personne incapable de surmonter ces effets doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères valant tant pour les troubles somatoformes douloureux que pour la fibromyalgie. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants : des affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

   Les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

10. 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).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

L'on peut et doit attendre d'un expert médecin qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi que PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, page 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

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).

11. La recourante souffre d'affections tant physiques que psychiques.

Toutefois, sur le plan somatique, il sied de considérer que la recourante ne présente pas d'affections avec une répercussion notable sur la capacité de travail dans le ménage. En effet, les médecins de la Division de gynécologie des "établissement hospitalier", qui suivent l'assurée depuis le 1er janvier 2001, ont estimé que l'hystérectomie, l'annexectomie gauche, le status post-cholécystéctomie laparoscopique et le status post-éventration latérale droite sur Pfannenstiel n'avaient pas eu d'incidence sur la capacité de travail de l'assurée, dans leur rapport du 30 septembre 2003. Cette appréciation n'est par ailleurs nullement contestée par le médecin-traitant.

S'agissant de l'hypothyroïdie, la Dresse F_____ du SMR a expliqué que cette affection se traitait par substitution. Elle ne présente dès lors pas de caractère invalidant, ce qui a été admis en l'état par le médecin-traitant de la recourante. Il convient à cet égard de relever que l'assurée s'est vu proposer un dosage des hormones thyroïdiennes dès le 19 décembre 2002 et l'échographie tyroïdienne pratiquée le 27 mars 2003 restait dans les limites de la norme.

En ce qui concerne l'hépatite B cirrhotique retenue par le médecin-traitant comme une aggravation de l'état de santé de sa patiente en 2004, non encore guérie en 2006, ce diagnostic est contesté par la Dresse F_____ dans son rapport du 16 octobre 2006, puisque cette dernière retient une hépatomégalie stéatosique sans signe d'hypertension portale, en se fondant sur les analyses hépatiques et l'échographie hépatique pratiquée le 29 septembre 2004. Les premières étaient, de l'avis de ce médecin, strictement normales à l'exception d'une légère augmentation de la protéine C réactive (CRP) sensible, et la seconde montrait une stéatose hépatique avec un foie légèrement agrandi et non une hépatite B cirrothique. Quel que soit cependant le diagnostic adéquat, force est de constater qu'il n'a pas pour effet de limiter la capacité de travail de la recourante en l'état, ainsi que l'a reconnu le médecin-traitant de la recourante dans son courrier du 14 mai 2007. L'éventualité d'une évolution défavorable ne pourrait être examinée que dans le cadre d'une nouvelle demande, le Tribunal étant lié par les faits existants au moment de la décision litigieuse.

La recourante souffre encore de cervicalgies chroniques selon son médecin-traitant. Par scanner cervical du 27 mars 2003, le Dr C_____, radiologue, a relevé la présence d'une "côte cervicale ddc", sans effet compressif décelable ni sur le fourreau dural ou la moelle ni sur les racines cervicales. Le reste de la colonne cervicale était morphologiquement normal. Il ne saurait dès lors être retenu que ces atteintes engendrent une invalidité importante dans le ménage.

Cela ne peut non plus être admis pour la lombosciatique diagnostiquée le 1er juin 2006 par le médecin-traitant .

En ce qui concerne le diagnostic de fibromyalgie, il convient d'écarter le rapport du 30 septembre 2003 des médecins de la Division de gynécologie des "établissement hospitalier", lequel n'a pas valeur probante. Ils ont en effet posé ce diagnostic sans avoir la qualité de spécialiste requise pour le faire selon la jurisprudence, mais surtout sans avoir contrôlé les points douloureux, dont la présence au nombre de 14 au moins sur 18 est nécessaire pour ce diagnostic.

Quant aux affections psychiques, le Tribunal de céans admettra avec la recourante que la valeur probante de l'expertise du 20 avril 2006 du Dr E_____ est douteuse. Il paraît en effet critiquable de se servir de l'enfant de la personne expertisée comme interprète dans le cadre d'une expertise psychiatrique, dans la

mesure où il s'agit d'un domaine éminemment intime que l'on peut avoir de la peine à partager avec quiconque et notamment avec ses enfants. Néanmoins, il peut être retenu de cette expertise, en rapport avec les critères jurisprudentiels concernant le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, que l'état douloureux assure à la recourante une sollicitude importante de ses frères et sœurs, qui se sont mobilisés pour l'entourer, si bien qu'elle tire de cette affection des bénéfices secondaires importants non négligeables. Par ailleurs, la recourante part trois mois par an en vacances dans son pays d'origine. Elle ne subit pas une perte d'intégration, car si elle n'a pu s'intégrer à la communauté sociale genevoise, elle a conservé une intégration au sein de sa communauté d'origine. Elle garde en effet un contact régulier avec ses sœurs, par téléphone, et avec son frère, qui habite Zurich et qu'elle voit une fois par mois, selon l'anamnèse de l'expert. Ce lien avec la fratrie, entretenu et nourri, est suffisant en regard de la jurisprudence pour exclure la perte d'intégration.

En tout état de cause, même le médecin traitant a admis une capacité de travail de 50% dans le ménage, par courrier adressé le 14 mai 2007 au Tribunal de céans. Il est à supposer qu'il a, ce faisant, pris en considération l'ensemble des affections psychiques et physiques de la recourante. Or, en se fondant sur un tel taux d'empêchement dans le ménage, il appert qu'un degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut être établi, au vu des considérants qui suivent.

12. a) Concernant la capacité d'assumer les tâches ménagères, il convient de préciser, que selon les critères posés par le supplément 1 à la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité établie par l'OFAS (CIIAI, spécialement ch. 3095), dans sa teneur en vigueur en 2003, la tenue du foyer familial recouvre nombre d'activités sans exigence physique particulière (planification, organisation, répartition du travail, contrôle) ou dont les exigences dépendent directement de la taille du ménage et du nombre de ses occupants (préparation des repas, entretien du linge, emplettes etc.). La tenue d'un ménage privé permet, par ailleurs, des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un contexte professionnel (ATFA non publié du 17 janvier 2006, I 735/04, consid. 6.4).

En outre, les empêchements de l'assurée doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des membres de la famille au titre de l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c et les références), une personne qui s'occupe du ménage étant tenue de faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail, par exemple en adoptant une méthode de travail adaptée ou en recourant précisément à l'aide des membres de sa famille dans la mesure habituelle (MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurich 1997, p. 222); elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés.

Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (ATFA non publié du 14 janvier 2005, I 308/04 et I 309/04, et ATFA non publié du 11 août 2003, I 681/02). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance.

b) En l'espèce, la recourante vit avec deux de ses fils, âgés de 16 et 19 ans, et avec son époux. Ce dernier, ainsi que les enfants, au vu de leur âge, peuvent l'assister dans le ménage et sont de surcoît tenus de le faire, en vertu de l'obligation de diminuer le dommage. Ainsi, même en retenant une incapacité de 50% à assumer les tâches ménagères, à l'instar du médecin-traitant, il y aurait lieu de retenir, avec un degré de vraisemblance prépondérante, que les empêchements dans le ménage s'élèveraient au maximum à 30 % compte tenu de l'aide exigible des proches de la recourante, laquelle peut être évaluée à 20% au minimum dans le cas d'espèce. Le taux d'incapacité en résultant (30%) resterait quoi qu'il en soit insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans ne juge pas nécessaire de procéder à une enquête économique sur le ménage pour évaluer la capacité de travail de la recourante dans ce domaine.

13. Le recours sera par conséquent rejeté et un émolument sera mis à charge de la recourante, en vertu de l'art. 69 al. 1bis LAI.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de Madame Hatice S_____.

4. 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

Claire CHAVANNES — Maya CRAMER

La secrétaire-juriste :

Sandrine TORNARE

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