RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/757/2004 **ATAS/694/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

3ème Chambre

du 25 août 2005

En la cause

Madame D_____, représentée par FORUM SANTE, Madame Christine BULLIARD, en les bureaux duquel elle élit domicile	recourante

contre

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

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente;
Mesdames Valérie MONTANI et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Madame D_____, née en février 1953, est mariée et mère de trois enfants aujourd'hui majeurs. L'assurée est originaire du Portugal où elle a suivi l'école obligatoire ; elle est sans formation professionnelle.

2. En 1986, son mari a trouvé une activité à Genève. L'assurée l'a suivi et a travaillé en 1986 et 1987 (au noir ou avec un permis A) dans un hôtel comme femme de chambre. Elle est rentrée au Portugal en juin 1987 car ses enfants la réclamaient. Finalement, toute la famille a intégré la Suisse en février 1990.

3. Au bénéfice d'un permis B, l'assurée a travaillé en qualité de nettoyeuse du 2 décembre 1993 au 8 décembre 1997 chez X_____ SA, à raison de trois heures par jour, cinq jours par semaine.

4. Elle s'est trouvée dans l'incapacité totale de travailler dès le 9 décembre 1997 et, en date du 5 février 1998, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) en mentionnant qu'elle présentait une atteinte à la santé depuis 1993 et qu'elle était régulièrement suivie par le Dr L_____ depuis janvier 1996.

5. Le 9 avril 1998, le Dr L_____ a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI. Il a indiqué que l'atteinte à la santé existait depuis dix ans environ, soit depuis 1988, et que la patiente était dans l'incapacité totale de travailler depuis le 9 décembre 1997. Le médecin a diagnostiqué une fibromyalgie et un état dépressif. Il a considéré qu'une réinsertion professionnelle dans une activité nécessitant moins d'efforts physiques serait souhaitable, par exemple en tant que réceptionniste ou caissière.

6. Le 27 mars 2000, le Dr L_____ a confirmé son diagnostic de fibromyalgie, soulignant une péjoration de l'état algique depuis environ quatre mois (crises de fibromyalgie de plus en plus fréquentes). Concernant les capacités professionnelles de sa patiente, le médecin a mentionné notamment que l'assurée devait changer de position toutes les demi-heures, qu'elle ne pouvait parcourir à pied plus de deux cents mètres, porter ou déplacer des charges, ou encore se baisser. Par ailleurs, il a exposé que la patiente n'avait pas un fonctionnement intellectuel normal, qu'elle n'avait pas un comportement acceptable pour l'entourage et que sa motivation pour la reprise du travail ou pour un reclassement professionnel était faible. Le Dr L_____ a estimé que la capacité de travail raisonnablement exigible dans la profession déjà exercée comme dans une autre profession était nulle.

7. Dans une note datée du 10 mai 2000, le Dr M_____, médecin de l'OCAI, a estimé qu'il n'y avait pas de réel handicap physique en cas de fibromyalgie, si ce

n'est que la personne ressent tout mouvement comme douloureux. Il a préconisé une enquête ménagère et éventuellement une expertise.

8. Dans un rapport du 5 décembre 2000, le Dr N_____, a confirmé le diagnostic de fibromyalgie dans un contexte dépressif et indiqué qu'il suivait l'assurée depuis mai 2000. A son avis, une activité légère était possible.

9. Le 15 décembre 2000, une enquête économique sur le ménage a été effectuée au domicile de l'assurée. Celle-ci a expliqué souffrir de douleurs dans les articulations depuis de nombreuses années et se sentir fatiguée. Elle a dit avoir trouvé une certaine stabilité depuis qu'elle consultait le Dr N_____, qui avait enfin donné un nom à sa maladie. L'enquêtrice a fixé le taux d'empêchement à accomplir les travaux ménagers à 31,5%. Elle a par ailleurs exprimé l'avis qu'une expertise médicale permettrait de mieux évaluer la capacité de gain résiduelle de l'assurée. Celle-ci a indiqué que, sans handicap, elle aurait continué à exercer une activité lucrative pour des raisons financières et pour « se sortir de son ménage », à raison de quinze heures par semaine, ce qui représente un taux d'occupation de 44%.

10. Le 17 janvier 2001, le Dr M_____ a estimé « qu'en cas de fibromyalgie, il était possible d'espérer au moins 50% [de capacité résiduelle de travail] comme nettoyeuse ».

11. L'OCAI a communiqué à l'assurée un projet de décision daté du 26 janvier 2001. Il a retenu qu'elle était en mesure de travailler comme nettoyeuse à 50% au moins et que sa capacité de gain n'était donc pas réduite. En définitive, l'OCAI a cependant conclu à un degré d'invalidité de 21% en tenant compte d'une incapacité de 31,5% dans l'exercice des tâches ménagères, lesquelles occupaient 66% du temps de l'assurée.

12. Lors d'un entretien le 28 février 2001 à l'OCAI, l'assurée a contesté avoir déclaré qu'en bonne santé, elle aurait continué à travailler quinze heures par semaine seulement.

13. Le 12 juin 2001, l'OCAI a rejeté la demande de prestations, dans une décision en tous points conforme à son projet du 28 février 2001.

14. Le 12 juillet 2001, l'assurée a interjeté recours auprès de la Commission de recours AVS-AI, alors compétente. Elle a allégué que c'était en raison de ses problèmes de santé qu'elle s'était résignée à chercher un poste à temps partiel, qu'elle avait d'abord travaillé cinq heures par jour, puis seulement trois heures.

15. Par jugement du 30 octobre 2002, la Commission cantonale de recours AVS-AI a renvoyé la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire sous forme d'expertise psychiatrique.

16. Dans son rapport d'expertise du 4 juin 2003, le Dr O_____, psychiatre et psychothérapeute, a relevé qu'en 2000-2001, l'assurée avait repris une activité professionnelle sur le conseil du Dr N_____. Elle avait alors travaillé en entreprise (7 heures par jour, soit de 15h30 à 18h30 puis en soirée), de manière irrégulière : les jours où elle ne pouvait assumer sa tâche en raison de ses douleurs, son mari ou son fils l'accomplissaient en plus de la leur.

    Le médecin a relevé que l'assurée se plaignait de douleurs musculaires migrant de la cuisse gauche à la cuisse droite, puis envahissant sa nuque, ses épaules, ses bras et ses avant-bras, ce qui lui occasionnait une gêne majeure. L'expert a souligné qu'aux dires de la patiente, cette symptomatologie disparaissait « comme par magie » lorsqu'elle se trouvait au Portugal, pays où elle avait fait projet de retourner un jour vivre dans la petite maison aménagée avec son mari.

    Le Dr O_____ a retenu, à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail : un trouble affectif bipolaire (épisode alors mixte), des troubles obsessionnels compulsifs avec pensées obsédantes et un trouble somatoforme persistant. Il a estimé que l'assurée souffrait très probablement de deux pathologies psychiatriques complexes : en premier lieu, une hypomanie qui, depuis son arrivée en Suisse en 1990, s'était transformée en manie dysphorique - soit un état associant une humeur irritable, agressive, avec des éléments d'accélération, d'excitation et de sommeil raccourci. La souffrance était exprimée dramatiquement et les affects dépressifs étaient fluctuants. Lui était associé en second lieu un trouble obsessionnel compulsif avec pensées ou ruminations au premier plan. Par ailleurs, un syndrome douloureux somatoforme dominait la vie de la patiente de par ses répercussions professionnelles et familiales, mais l'expert l'a qualifié de secondaire sur le plan psychiatrique. Selon lui, les conflits émotionnels et problèmes psychosociaux préexistaient et découlaient des pathologies affectives et obsessionnelles.

    L'expert a souligné que toucher un tant soit peu à sa capacité de travail était narcissiquement insupportable pour l'assurée et déclenchait des ruminations à thème de culpabilisation à l'origine de sentiments de détresse.

    Selon lui, l'on pouvait s'interroger sur le conflit qui avait émergé fin 1986 après une première saison en Suisse où, pour la première fois, elle avait été confrontée à des fluctuations de sa capacité de travail pour des raisons de santé. Dans son pays d'origine, elle n'avait plus éprouvé aucune symptomatologie, mais de retour en Suisse en 1987, puis en 1990, à chaque fois son trouble algique l'avait reprise.

    Une étude plus approfondie pouvait peut-être démontrer que le conflit essentiel de l'assurée trouvait son origine dans son incapacité à prendre en compte son attachement profond pour ses enfants et sa liaison prééminente au monde du travail, conflit qu'elle n'avait pu résoudre que par l'émergence de sa pathologie qui l'avait

contrainte à rester à son domicile et donc à s'occuper de ses enfants. Elle avait repris un emploi en décembre 1993 pour faire taire en elle le sentiment d'être exploitée par ses enfants et son mari qui s'attendaient à être servis, n'aidaient pas au nettoyage et n'acceptaient pas qu'elle exprime sans cesse ses peines de santé. Elle avait en outre souffert d'un conflit de non-reconnaissance de ses douleurs par son entourage et par le corps médical.

En conclusion, l'expert a considéré qu'une prise en charge psychiatrique avec psychothérapie devait viser à stabiliser la patiente, quoiqu'il fût peu probable qu'elle pût reprendre une activité professionnelle dans des conditions de dignité correspondant à ses attentes. Au vu des trois diagnostics retenus et de leur impact sur la vie psychique de l'assurée, l'expert a fixé la limitation de la capacité de travail à 100% et posé un pronostic sévère quant à l'évolution de l'atteinte. Pour des « raisons de santé pure », il a estimé que la capacité de travail était limitée de 50 à 100% selon les périodes depuis septembre 1990.

19. En date du 30 juin 2003, le Dr M_____ a souligné que les troubles étaient apparus quelques mois après l'arrivée de l'assurée en Suisse et qu'elle n'avait pas vraiment pu travailler depuis lors, sa capacité de travail ayant pratiquement toujours été diminuée de 50 à 100%. Il en a déduit qu'en raison de difficultés liées à l'émigration, la capacité de travail n'était pas entière déjà lors de la première année de séjour en Suisse. Par ailleurs, le médecin a estimé que l'atteinte à la santé n'avait pas valeur de maladie psychiatrique, dès lors qu'elle entraînait une incapacité de travail en Suisse mais disparaissait complètement lorsque l'assurée retournait au Portugal, ce qui démontrait l'importance quasi exclusive de l'émigration et prouvait que les troubles n'étaient pas durables.

20. Par décision du 20 octobre 2003, l'OCAI a rejeté la demande au motif que les troubles présentés par l'assurée n'avaient pas valeur de maladie au sens de la loi sur l'assurance invalidité.

21. Le 6 novembre 2003, l'assurée a formé opposition et sollicité un délai supplémentaire pour étayer ses arguments.

22. Par courrier du 15 janvier 2004, elle a contesté que ses troubles soient dus à des facteurs psychosociaux liés à l'émigration.

23. Par décision sur opposition du 24 mars 2004, l'OCAI a confirmé le rejet de prestations. Il a rappelé que les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figuraient pas au nombre des atteintes à la santé prises en charge par l'assurance-invalidité. Par ailleurs, il a estimé que le trouble somatoforme douloureux de l'assurée ne pouvait en soi être invalidant puisqu'il était qualifié de secondaire par l'expert psychiatre.

24. En date du 8 avril 2004, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle s'est référée au rapport du Dr O_____, lequel avait estimé, « au vu des trois diagnostics retenus et de leur impact sur la vie psychique de l'assurée », que la capacité de travail était nulle. Elle a souligné que le trouble affectif bipolaire était considéré comme maladie incurable et classé dans les troubles psychotiques. Enfin, elle a fait valoir que les troubles obsessionnels compulsifs constituaient une maladie névrotique qui ne faisait pas non plus partie intégrante du syndrome douloureux somatoforme.

25. Dans son préavis du 11 mai 2004, l'OCAI a maintenu sa position et fait valoir que non seulement les atteintes à la santé dont souffrait la recourante n'avaient pas valeur d'invalidité, mais encore que, à l'échéance du délai de carence d'un an (en septembre 1991), elle ne comptait pas une année entière de cotisations.

26. Par courrier du 3 juin 2004, la recourante a répondu que les premiers signes de ses maladies invalidantes n'étaient apparus qu'en 1996, de sorte que la durée de cotisation déterminante était largement dépassée.

27. Le 13 juillet 2004, l'OCAI a informé le Tribunal qu'ayant appris que la recourante avait repris une activité lucrative auprès de X_____ SA, sans l'en informer, il avait sollicité des précisions auprès de cet employeur.

28. Dans sa réplique du 6 août 2004, la recourante a confirmé travailler depuis le 10 mai 2001 en tant que nettoyeuse pour l'entreprise X_____ SA à la clinique de Belle-Idée, à raison de quatre heures par jour. Elle a expliqué avoir cru, après l'entretien à l'OCAI en mars 2001, que la décision était définitive et que le refus de prestations mettait un terme à ses relations avec l'assurance invalidité dont elle n'avait plus eu de nouvelles jusqu'au jugement de la Commission de recours. Elle ne s'était pas rendue compte que sa lettre du 12 juillet 2001 avait été considérée comme un recours. La recourante a également exposé que, dans l'intervalle, sa santé s'était dégradée.

29. Par courrier du 10 septembre 2004, l'OCAI a souligné que les dernières informations reçues étaient de nature à le conforter dans sa position consistant à s'écarter du taux d'incapacité de travail retenu par l'expert psychiatre à titre principal et à considérer subsidiairement que l'assurée ne comptait pas une année complète de cotisations à l'échéance du délai de carence.

30. Le 1er novembre 2004, la recourante s'est une fois encore référée au rapport d'expertise du Dr O_____.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges,

dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Interjeté le 8 avril 2004 contre la décision sur opposition du 24 mars 2004 de l'OCAI, le recours est recevable à la forme conformément aux art. 56, 59 et 60 LPGA.

5. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité. Singulièrement, il s'agit de savoir si et, le cas échéant, dans quelle mesure les troubles dont elle est affectée ont ou non un caractère invalidant.

6. a) Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain présumée permanente ou de longue durée qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également art. 8 LPGA).

   La circulaire concernant l'invalidité et l'impotence (ci-après CIIAI) précise que l'invalidité ainsi comprise comporte trois éléments constitutifs, à savoir une atteinte à la santé, une incapacité de gain, et un rapport de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain (ch. 1001 CIIAI). Le ch. 1015 de ladite circulaire souligne que les troubles psychiques qui sont provoqués principalement par des circonstances extérieures, tel que le surmenage causé par l'exercice de plusieurs professions ou un milieu défavorable, mais qui disparaissent si les circonstances

sont modifiées d'une manière raisonnablement exigible, n'ont en eux-mêmes pas valeur d'invalidité. De même, les troubles psychiques provoqués principalement par des particularités comportementales de nature socio-culturelle, ethnique ou familiale ainsi que les difficultés psychiques causées en premier lieu par l'émigration (déracinement et acclimatation), n'ont, en eux-mêmes, pas valeur d'invalidité. Celles-ci peuvent toutefois constituer des facteurs aggravants d'importance variable selon les individus et favoriser l'apparition de troubles psychogènes.

En ce qui concerne le lien de causalité entre l'incapacité de gain et l'atteinte à la santé, l'on ne saurait parler d'invalidité que si l'incapacité de gain ou l'incapacité de travail spécifique résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Il doit dès lors exister un lien de causalité entre ces deux éléments. Cependant, une personne qui ne présenterait pas une incapacité de travail au moins partielle ne peut prétendre à une incapacité de gain et, dès lors ne peut être considérée comme invalide. En particulier, il n'y a pas de lien de causalité et l'on n'est pas en présence d'un cas d'invalidité lorsque l'incapacité de gain n'a pas été provoquée par une atteinte à la santé, mais par d'autres facteurs, notamment par la situation économique ou pour des raisons inhérentes à la personnalité de l'assuré, tel par exemple un manque d'ardeur au travail (CIIAI chiffres 1022 et suivants).

b) Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens des art. 8 LPGA et 4 LAI, 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. 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, où qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 1996 page 318 consid. 2a, page 321 consid. 1a, page 424 consid. 1a ; RCC 1992 page 182 consid. 2a et les références).

7. Pour pouvoir apprécier le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge s'il y a recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré

est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

En ce qui concerne par ailleurs la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'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 qu'enfin 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.

8. En l'espèce, le Dr L_____, dans son rapport du 27 mars 2000, a diagnostiqué une fibromyalgie et un état dépressif, mentionnant que le fonctionnement intellectuel de la patiente n'était pas normal, que son comportement n'était pas acceptable pour son entourage et que, de surcroît, sa motivation pour une reprise du travail ou un reclassement professionnel était faible. Il a estimé que la reprise d'une activité n'était pas raisonnablement exigible.

   Le 5 décembre 2000, le Dr N_____ a confirmé ce diagnostic mais a considéré qu'une activité légère était possible.

   Ces documents médicaux, trop succincts, n'ont pas permis à la Commission de recours AVS-AI de se prononcer, d'où la mise en œuvre de l'expertise psychiatrique qui, quant à elle, répond à tous les réquisits jurisprudentiels mentionnés ci-dessus.

   Dans son rapport d'expertise du 4 juin 2003, le Dr O_____ a estimé que, pour des raisons de santé pure, la capacité de travail de la recourante avait été limitée de 50 à 100 % selon les périodes dès septembre 1990, étant précisé que l'assurée n'avait pas pu travailler avant décembre 1993, devant s'occuper de ses enfants et qu'alors, sa capacité de travail était déjà restreinte. Au moment de l'expertise, la limitation due aux troubles psychiques était, selon l'expert, de 100%.

   Il a posé trois diagnostics distincts. D'abord une hypomanie (ou exaltation maniaque) qui, depuis l'arrivée en Suisse de la recourante en 1990, s'est transformée en manie dysphorique, soit un état associant une humeur irritable, agressive avec des éléments d'accélération, excitation et sommeil raccourci, les effets dépressifs étant fluctuants. Ensuite, un trouble obsessionnel compulsif avec pensées ou ruminations au premier plan. Finalement, un syndrome douloureux somatoforme dominant la vie de la patiente, mais d'une importance secondaire sur le plan psychiatrique. Il a souligné que les conflits émotionnels et les problèmes

psychosociaux préexistaient et découlaient des pathologies affectives et obsessionnelles.

L'expert a mis en exergue que les douleurs dont se plaignait la patiente disparaissaient « comme par enchantement » aussitôt qu'elle était de retour au Portugal. De fait, la symptomatologie disparaissait dès qu'elle s'installait dans l'avion, ne se manifestant plus que par quelques algies tenaces mais non handicapantes. Il a clairement attribué ces affections à des difficultés d'émigration, l'assurée ne s'étant jamais adaptée à la vie en Suisse, parlant notamment mal le français, et n'ayant pour seul projet que de retourner vivre au pays.

9. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au bilan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique, qui doit être distinguée des facteurs socio-culturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

Le rapport d'expertise et les pièces au dossier font ressortir sans ambiguïté que le trouble dont souffre l'assurée est essentiellement attribuable aux difficultés liées à l'émigration ainsi qu'à des facteurs psychosociaux. En effet, les douleurs dont elle se plaint disparaissent lorsqu'elle retourne dans son pays d'origine. La recourante a admis elle-même que ces troubles existaient depuis 1990 et qu'elle avait été constamment malade depuis son installation en Suisse (cf. courriers du 12 juillet 2001 et du 15 janvier 2004). Par ailleurs, lorsqu'elle a travaillé de manière saisonnière en 1986 et 1987, elle a déjà rencontré des problèmes de santé. Dans ces circonstances, on ne saurait retenir que l'affection psychique dont souffre la recourante, essentiellement liée à un problème d'adaptation, revêt un caractère invalidant, au sens de la loi.

De même, force est de constater que l'assurée ne présente pas une diminution de gain permanente ou de longue durée (art. 29 al. 1 LAI), puisque les douleurs disparaissent lorsqu'elle rentre au Portugal et dans la mesure où, ultérieurement au dépôt de sa demande de prestations, elle a été capable de reprendre un travail auprès de X_____ SA, dès mai 2001. C'est dès lors à juste titre que l'intimé s'est écarté des conclusions de l'expert psychiatre qui estimait que la limitation de la capacité de travail devait être fixée à 100%.

10. L'intimé a également fait valoir à titre subsidiaire que l'assurée ne comptait pas une année de cotisation à l'échéance du délai de carence (art. 36 al. 1 LAI).

    Le Tribunal constate qu'effectivement, selon le Dr O_____, la capacité de travail était déjà limitée de 50 à 100% en 1990. La question peut toutefois rester ouverte en l'absence d'invalidité reconnue.

11. Eu égard à ce qui précède, le recours est rejeté au sens des considérants.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Au fond :

2. Le rejette ;

3. Dit que la procédure est gratuite ;

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La présidente
Janine BOFFI	Karine STECK

La secrétaire-juriste : Alexandra PAOLIELLO

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