

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/762/2008

ATAS/1229/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 28 septembre 2009

En la cause

Madame B _____, domiciliée à Carouge

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame B _____, née en 1974, originaire de Turquie, mariée, mère de trois enfants, est arrivée en Suisse en avril 2001, après avoir séjourné cinq ans en Allemagne en tant que requérante d'asile sans activité lucrative. Son époux a été incarcéré en Turquie depuis 1992, puis relâché en 2007. Reconnus comme réfugiés, l'assurée et ses enfants sont titulaires d'une autorisation de séjour C.
2. Analphabète, elle n'a jamais exercé d'activité lucrative en Suisse. Elle a été affiliée dès le 1^{er} mai 2001 comme personne sans activité lucrative auprès de la Caisse cantonale genevoise de compensation et a reçu des prestations d'assistance par l'intermédiaire de CARITAS GENEVE.
3. L'assurée a consulté le Département d'angiologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG) au printemps 2002. Un rapport des HUG du 2 juillet 2002 a posé le diagnostic de maladie de Burger; le diagnostic de syndrome de Sneddon est probable.
4. Dans un rapport du 4 mars 2003, la Policlinique de neurologie des HUG a posé les diagnostics suivants : céphalées quotidiennes pancrâniennes d'origine mixte, hypoesthésie hémicorporelle droite tactile légère, d'origine vasculaire non exclue, probable maladie de Burger avec syndrome de Raynaud, nécroses digitales et livédo, tabagisme actif, hypertension artérielle.
5. En date du 23 mars 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. L'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a réuni à ce titre diverses attestations médicales.
6. Dans un rapport du 30 avril 2004, la Dresse L _____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, a indiqué suivre l'assurée depuis le 21 janvier 2002 et posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de vasculopathie occlusive distale des membres inférieurs, de céphalées pancrâniennes chroniques d'origine mixte, d'état dépressif avec idées suicidaires par intermittence, de lombosciatologies récidivantes et d'allergie de contact (eczéma des mains). L'incapacité de travail était totale. Le pronostic était très réservé. La maladie vasculaire chronique comportait un risque de complications. L'état dépressif était en relation avec ses conditions de vie sociale et l'absence du mari.
7. Le 31 janvier 2005, la Dresse L _____ a attesté que l'assurée présentait une incapacité de travail totale depuis mai 2003.
8. Par courrier du 7 février 2005, l'assurée a informé l'OCAI qu'elle avait tenté de travailler dans le nettoyage trois semaines en août-septembre 2004 mais qu'elle avait dû arrêter en raison d'une grande fatigue.

9. Dans un rapport du 11 mai 2005, la Dresse L_____ a mentionné que l'état de santé était stationnaire depuis juin 2004, à l'exception d'une aggravation en mars 2005 et que la patiente était suivie par une psychologue.
10. Dans un avis du Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR) du 21 septembre 2005, le Dr M_____ a relevé qu'une activité adaptée devrait être possible du point de vue angiologique et a proposé une expertise médicale.
11. Le 27 mars 2006, le Dr N_____, spécialiste en médecine interne angiologie à Lausanne, a rendu, à la demande de l'OCAI, une expertise fondée notamment sur un bilan angiologique du 14 mars 2006. L'assurée se plaignait d'asthénie, avec manque de force généralisé l'empêchant parfois de tenir et de porter des objets, de froid et d'insensibilité des extrémités; elle décrivait un phénomène de Raynaud typique, mentionnait des douleurs diffuses le long du rachis et des irradiations douloureuses dans les extrémités. L'expert a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de maladie de Burger probable stabilisée (connue depuis environ 2000), de syndrome de Sneddon possible (connu depuis environ 2000) et d'état dépressif chez une réfugiée kurde présentant d'importants troubles d'adaptation. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : ancienne hépatite B, mutation du facteur V Leiden hétérozygote, dyspeisie non ulcéreuse récidivante, céphalées chroniques, tabagisme actif et HTA essentielle.

L'expert a relevé : "Cette assurée souffre depuis plusieurs années d'une maladie de Burger avec acrocyanose douloureuse des extrémités et une tendance au phénomène de Raynaud lors d'exposition au froid. Elle a été traitée en 2001 pour des nécroses distales sur les orteils avec une très bonne réponse aux cures d'Iloprost. Elle n'a plus présenté de trouble trophique des extrémités depuis 2001 malgré la persistance d'un tabagisme modéré. On peut donc raisonnablement admettre que la maladie de Burger initialement diagnostiquée s'est stabilisée. Le bilan vasculaire actuel montre qu'il n'y a plus d'ischémie permanente symptomatique des extrémités malgré l'hypersensibilité transitoire au froid; une perfusion normale des extrémités est obtenue après des petites doses de vasodilatateur (Isoket). Si elle parvient à limiter sa consommation de tabac, le pronostic pour ses extrémités paraît assez bon. Elle devra également poursuivre son traitement anti-hypertenseur et antiagrégant plaquettaire. Concernant le syndrome de Sneddon, la seule traduction clinique actuelle est un livedo qui n'induit aucune gêne cliniquement significative, l'atteinte du système nerveux central faisant habituellement partie de ce syndrome n'a jamais pu être clairement démontrée dans les différentes investigations effectuées. Les multiples plaintes évoquées par l'assurée durant l'entretien dépassent largement le cadre de la problématique vasculaire. Il y a certainement un état dépressif majeur en grande partie lié à son statut de réfugiée avec en plus d'importants troubles de l'adaptation. Si le pronostic de la maladie vasculaire paraît assez favorable après un recul de 5 ans sans

complication micro ou macrovasculaire, il ne m'est pas possible de me prononcer sur le pronostic de sa psychopathologie." Une activité à 100 % sans exposition au froid extérieur était en théorie possible depuis trois ans, mais il existait une incapacité de travail totale due à l'importance de l'état dépressif, de son analphabétisme et des différences socio-culturelles. Moyennant l'amélioration de l'état dépressif et l'apprentissage du français, on pouvait imaginer une activité à 100 % en atelier ou en usine.

12. Dans un avis du 10 mai 2005, les Drs M_____ et O_____ du SMR ont estimé qu'une investigation psychiatrique et ostéoarticulaire était nécessaire.
13. En date du 10 août 2007, un examen rhumatologique et psychiatrique a été effectué au SMR par les Drs P_____, rhumatologue, et Q_____, psychiatre. Dans leur rapport du 7 septembre 2007, ces derniers ont relevé que l'assurée avait dit avoir des difficultés à effectuer son ménage en raison de douleurs diffuses des jambes, aux épaules, lombaires basses, de maux d'estomac, de maux de tête, de manque de force, de fatigue, de perturbation du sommeil, de crises de tachycardie et qu'elle avait mal partout. Elle effectuait les courses et les repas. Elle continuait, malgré les conseils de ses médecins, à fumer dix cigarettes par jour. Elle suivait depuis trois à quatre ans une scolarité de base de deux heures par semaine. Le diagnostic de possible syndrome de Sneddon n'était actuellement pas incapacitant. L'examen psychiatrique a mentionné une fluctuation de l'humeur insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger. Les experts ont posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de maladie de Burger, de possible syndrome de Sneddon, de pré-obésité, de lombalgies communes non déficitaires, de tabagisme chronique, de céphalées d'origine mixte, avec composante médicamenteuse et de dysthymie. La capacité dans l'activité de ménagère était totale, tout comme dans une activité adaptée, depuis toujours.
14. Par projet de décision du 22 janvier 2008, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée en se fondant sur le rapport du SMR.
15. Par décision du 26 février 2008, l'OCAI a confirmé son projet de décision de janvier 2008.
16. Par courrier du 26 février 2008, l'assurée a transmis à l'OCAI un rapport du 19 février du Dr R_____, psychiatre et de Madame C_____, psychologue, en requérant une rente d'invalidité. Le rapport précité indiquait que l'assurée était suivie au Centre de consultations cliniques d'APPARTENANCES depuis le 25 juin 2001, actuellement de façon hebdomadaire. Le diagnostic de dysthymie posé par le SMR était surprenant car l'assurée avait présenté à maintes reprises des troubles dépressifs de degré moyen à sévère. Elle souffrait aussi d'un état de stress post-traumatique, avec réaction de sursaut, peur panique de la police, trouble de la concentration et de l'attention, ruminations et insomnies. Son

incapacité de travail était totale. Par ailleurs, l'assurée avait relevé des problèmes de traduction lors de son examen au SMR, le traducteur parlant un autre dialecte que le sien.

17. Le 29 février 2008, l'OCAI a transmis ce courrier au Tribunal de céans comme objet de sa compétence, lequel a enregistré un recours.
18. Dans sa réponse du 19 mai 2008, l'intimé a conclu au rejet du recours en se référant à un avis du SMR du 5 mai 2008 de la Dresse S _____ selon lequel, lors de l'examen au SMR, aucun problème de traduction n'avait été signalé et les médecins d'APPARTENANCE ne posaient aucune anamnèse détaillée concernant l'état de stress post-traumatique, ni de status en lien avec le diagnostic retenu; dès lors le rapport du SMR de septembre 2007 était toujours valable.
19. En date du 22 septembre 2008, le Tribunal de céans a tenu une audience de comparution personnelle et d'enquêtes, au cours de laquelle la recourante et Madame C _____ ont été entendues.

Celle-ci a déclaré : "Je travaille pour APPARTENANCES qui est un centre de consultation pour migrants, subventionné en partie par l'Etat pour les frais de traduction. Y travaillent des psychiatres et des psychologues. Je suis Madame B _____ depuis le 25 juin 2001, elle n'a jamais vu le Dr R _____. En discussion avec le Dr R _____ le diagnostic de stress post-traumatique a pu être posé, lequel se manifeste par des flashbacks, des cauchemars, des évitements des pensées, de la rumination, des réactions de sursaut, des maux de tête, une baisse de l'appétit ainsi qu'un trouble de la mémoire et de la concentration. Cette symptomatologie est fluctuante. Au début de la prise en charge ces symptômes étaient très présents. Ils se sont un peu estompés mais réapparaissent selon les événements de vie, comme ça a été le cas lors de la libération de son époux, élément qui a réveillé le passé. Cela peut également être le cas selon le travail effectué en thérapie. A cet égard, j'ai pu constater que l'évocation du passé fait parfois replonger la patiente dans les événements douloureux comme c'est le cas en présence d'un stress post-traumatique. Les causes de ce diagnostic sont la torture et l'emprisonnement qu'elle a subis en Turquie. Elle souffre également d'un trouble dépressif; le degré varie de moyen à sévère avec parfois des idées suicidaires. Par exemple après l'arrivée de son époux il y a eu une amélioration de l'état dépressif puis une péjoration des symptômes, particulièrement au moment où elle a dû avorter et au moment du décès de son père. Son état reste fragile mais il est plus stable qu'au début du traitement. Je l'ai vue deux fois par semaine pendant un an et demi puis une fois par semaine et dès juin 2004 environ une fois par mois, ensuite le suivi a repris une fois par semaine en février 2008. Je précise que j'ai été absente en congé maternité de juin 2003 à janvier 2004 et de janvier à septembre 2005 période pendant laquelle la patiente n'a pas eu de suivi chez nous. Je ne sais exactement si la patiente est capable de travailler. Elle-même le nie. Parfois elle

n'arrive pas à assumer les tâches ménagères qui sont prises en charge par sa fille. Je ne sais pas ce qu'il en est exactement actuellement. J'ai de la peine à l'imaginer travailler à 100 %. Moyennant un accompagnement, un travail à temps partiel pourrait peut-être être possible quand elle va bien. J'ai toutefois de la peine à répondre à la question de sa capacité de travail. Je précise qu'elle n'a pas pu tout dire lors de son examen au SMR car le traducteur ne parlait pas la même langue qu'elle. Le diagnostic de dysthymie qui a été posé me paraît léger en raison de la dépression que j'ai, par moments, pu constater. Cela ne rend pas assez compte de la gravité des symptômes dépressifs. Pour le moment le suivi continue nonobstant le mieux être de la patiente. J'ai bon espoir que son état s'améliore en tous les cas du point de vue des symptômes traumatiques, même si la fragilité reste toujours en présence de ce diagnostic. Je n'ai pas considéré que la patiente devait voir un psychiatre mais j'ai plusieurs fois parlé de son cas en supervision avec des psychiatres. Je ne prescris pas moi-même de traitement médicamenteux mais la Dresse L_____ lui prescrit des somnifères ainsi qu'à ma connaissance des antidépresseurs. Je prends sporadiquement contact avec sa médecin traitante".

La recourante a déclaré : "Si j'étais en bonne santé je travaillerais mais je me sens malade en raison des séquelles des tortures subies. Mon époux vit avec moi et ne travaille pas non plus car il a aussi des problèmes de santé. J'assume les tâches ménagères, petit à petit, également avec l'aide de mes filles. Tous mes enfants vivent encore avec moi. J'ai des pertes de mémoire qui s'aggravent. Pour dormir je suis obligée de prendre des somnifères".

20. Par courrier du 14 octobre 2008, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise au Dr Patrick T_____, psychiatre aux HUG, et leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert ainsi que sur la mission d'expertise.
21. Par courrier du 6 novembre 2008, Madame DIAZ-C_____ a écrit au Tribunal de céans qu'il était extrêmement difficile pour la recourante de revenir sur son passé traumatique et qu'elle souhaitait être dispensée d'expliquer son anamnèse au Dr T_____.
22. Par courrier du 13 novembre 2008, l'intimé a transmis un avis du SMR du 27 octobre 2008 selon lequel il n'avait pas de motif de récusation à l'encontre de l'expert ni de questions à ajouter à la mission d'expertise.
23. Les 10 et 17 février 2009 et 3 mars 2009, la recourante a eu des entretiens avec le Dr T_____. Dans son rapport d'expertise du 7 avril 2009, ce médecin a diagnostiqué une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe ainsi qu'un épisode dépressif moyen. L'expert a formulé les remarques suivantes : "L'expertisée, aujourd'hui âgée de 35 ans, a connu une succession d'épreuves qui ont au fil des années compromis sa santé physique et profondément

altéré son état psychique. Elle a d'abord subi de graves sévices durant la période de garde à vue qui a immédiatement suivi son arrestation (dénudée et battue, elle a probablement été violée). Elle a connu ensuite l'exil, et, du fait de la longue incarcération de son mari, elle se trouvait seule à porter la charge de l'éducation de ses enfants, dans une situation sociale et financière longtemps précaire. Enfin, elle souffre depuis des années de problèmes physiques récurrents (vasculopathie). Aujourd'hui l'expertisée présente une symptomatologie caractéristique d'un état de stress post-traumatique : reviviscence envahissante de l'événement traumatique, surtout dans des cauchemars; évitement des situations, contextes et circonstances qui pourraient le rappeler ; état d'anxiété et syndrome d'hypervigilance ; indifférence affective ; besoin d'isolement... En dépit des traitements prodigués ces symptômes ne se sont guère amendés, à l'exception peut-être d'une raréfaction des états dissociatifs. Ils sont apparus peu après son arrivée en Allemagne et sont attestés depuis le début de la prise en charge par l'association APPARTENANCE. Aux manifestations cliniques décrites ci-dessus s'associe une symptomatologie dépressive, qui doit être comprise comme une modalité d'expression de l'état de stress post-traumatique. La libération de son mari et son arrivée en Suisse à la fin de l'année 2007 n'ont guère apporté qu'une brève embellie. L'adaptation à la nouvelle situation s'est en effet avérée difficile et d'autres problèmes ont surgi : Monsieur B_____ s'est trouvé comme un étranger dans sa propre famille, ses enfants avaient grandi sans lui, ils ne le connaissaient pas. Après quelques mois, les relations familiales sont devenues très tendues et conflictuelles, et l'expertisée s'est effondrée psychologiquement. Elle a de plus été contrainte à un avortement thérapeutique qui a représenté un nouveau traumatisme psychique. Il apparaît ainsi que l'expertisée s'est trouvée, après le traumatisme initial, dans une situation de stress psychologique et social durable. Le pronostic est défavorable. Les troubles psychiques, qui ont pris depuis longtemps un caractère chronique, vont perdurer, certes avec des fluctuations d'intensité, mais en restant invalidants". L'expert a précisé que les troubles psychiatriques diagnostiqués étaient très certainement présents dès l'arrivée en Suisse de l'expertisée. Il n'y avait pas d'espoir que les troubles psychiatriques s'améliorent significativement à court ou moyen terme. En raison de la sévérité de ses troubles psychiatriques, l'expertisée était actuellement incapable d'exercer une quelconque activité lucrative. Certains symptômes en particulier (peur, évitement, abrasion affective) la privaient de toute autonomie et étaient la cause d'une incapacité sociale et relationnelle très invalidante. Le pronostic était mauvais et il y avait tout lieu de penser que l'expertisée ne serait pas capable d'exercer à l'avenir une activité lucrative. Enfin, l'expert a expliqué pourquoi il s'écartait des conclusions du Dr U_____ du SMR.

24. Dans ses observations du 14 mai 2009, l'OCAI s'est référé à un avis du SMR du 5 mai 2009. La Dresse S_____ a relevé que l'expert qui avait vu l'assurée au SMR était surpris par une histoire totalement différente et par une suite de plaintes semblant sortir d'un livre de psychiatrie et qui n'avait pas été présente lors de son

examen. On se trouvait dès lors devant deux histoires de vie totalement différentes et l'on ne pouvait que s'étonner que les discours aient à ce point changé. Quoi qu'il en était, si l'on suivait l'expert T_____ dans son diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et de syndrome de stress post-traumatique, il convenait d'admettre que celui-ci remontait à bien avant l'arrivée en Suisse de l'assurée et dès lors l'incapacité de travail qui en découlait n'était pas à charge de l'assurance-invalidité.

25. Par courriers des 15 juillet et 7 septembre 2009, le Tribunal de céans a demandé la recourante si elle avait travaillé en Turquie.
26. Par courriers des 12 août et 15 septembre 2009, la recourante a répondu qu'elle n'avait jamais travaillé, ni en Allemagne ni en Turquie. Elle n'avait effectué aucun versement à la sécurité sociale turque.
27. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
3. Interjeté dans les délai et formes prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss et LPGA).
4. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006, apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal fédéral des assurances (art. 132 al. 2 et 134 OJ). Le présent cas est soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se

fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision du 26 février 2008 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LAI pour la période postérieure.

5. a) Il convient en l'occurrence de déterminer le droit de la recourante aux prestations, singulièrement à une rente d'invalidité.

b) Selon l'art. 6 al. 2 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 1996, les étrangers et les apatrides n'avaient droit aux prestations (sous réserve de l'art. 9 al. 3 LAI) qu'aussi longtemps qu'ils conservaient leur domicile civil en Suisse et que si, lors de la survenance de l'invalidité, ils comptaient au moins dix années entières de cotisations ou quinze années ininterrompues de domicile en Suisse. Cette disposition - qui apparaissait contestable sous l'angle du droit à l'égalité de traitement (ATF 121 V 247 consid. 1b) - a été modifiée avec l'entrée en vigueur de la dixième révision de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS), le 1er janvier 1997. En effet, aux termes du nouvel art. 6 al. 2 LAI, les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9 al. 3 LAI, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisation (cf. art. 36 al. 1 LAI) ou dix années de résidence ininterrompue en Suisse (ATF 126 V 5 consid. 1a).

Demeurent toutefois réservées les dispositions dérogatoires des conventions bilatérales de sécurité sociale conclues par la Suisse avec un certain nombre d'États pour leurs ressortissants respectifs. A cet égard, la Convention de sécurité sociale entre la Suisse et la république de Turquie conclue le 1er mai 1969 stipule à son art. 10 al. 1 que les ressortissants turcs ont droit aux rentes ordinaires et aux allocations pour impotent de l'assurance-invalidité suisse, sous réserve des paragraphes 2 et 3, aux mêmes conditions que les ressortissants suisses. L'alinéa 3 prévoit que pour déterminer les périodes de cotisations qui doivent servir de base au calcul de la rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse dues à un ressortissant turc ou suisse, les périodes de cotisations accomplies selon les dispositions légales turques sont prises en compte comme des périodes de cotisations suisses en tant qu'elles ne se superposent pas à ces dernières. Pour ladite prise en compte, 30 jours de cotisations accomplies selon la législation turque visée à l'art. premier, paragraphe premier alinéa A, lettre a) sont considérés comme équivalant à un mois de cotisations accompli selon la législation suisse. Seules les périodes de cotisation suisse sont prises en considération pour déterminer le salaire annuel moyen.

Selon l'art. 36 al. 2 LAI, les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS) sont (sous réserve de l'art. 36 al. 3 LAI) applicables par analogie au calcul des rentes ordinaires (voir à ce propos ATF 124 V 159); le Conseil fédéral peut édicter des prescriptions complémentaires. Selon l'art. 32 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI) en corrélation avec les art. 50 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants du 31 octobre 1947 (RAVS) et 29ter al. 2 LAVS, une année de cotisations est entière lorsqu'une personne a été assurée au sens des art. 1er ou 2 LAVS pendant plus de onze mois au total et que, pendant ce temps-là, soit elle a versé la cotisation minimale (variante I), soit son conjoint au sens de l'art. 3 al. 3 LAVS a versé au moins le double de la cotisation minimale (variante II) ou, enfin, elle peut se prévaloir de bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance (variante III).

c) Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA).

Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a). 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 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} 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 294 consid. 4c *in fine*).

d) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'assuré ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b, 157 consid. 3a).

S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où il prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1^{er} LAI dans sa version en vigueur avant la 5^e révision de la loi, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 aLAI ; ATF 126 V 5 consid. 2b et les références).

e) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un 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 sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

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 ainsi 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).

Le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des

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

6. En l'occurrence se trouvent notamment au dossier des rapports des médecins traitants, soit des Drs L_____ et R_____ un examen bidisciplinaire du SMR de septembre 2007 et une expertise judiciaire psychiatrique, ordonnée en raison des avis des psychiatre et psychologue traitants qui avaient jeté des doutes sur les conclusions de l'examen bidisciplinaire du SMR. Il y a lieu dès lors de déterminer la valeur probante de cette expertise.

L'expertise comporte des anamnèses détaillées, tient compte des plaintes de l'expertisée, pose un status psychiatrique et des diagnostics précis et motivés, procède à une appréciation et pose un pronostic. L'expert répond clairement et de manière circonstanciée aux questions que le Tribunal de céans lui a posées. Celui-ci a en outre pris contact avec la psychologue traitante. Enfin ses conclusions sont dénuées de contradictions et sont claires et motivées. Partant, cette expertise remplit tous les réquisits pour lui voir accorder pleine valeur probante. Au demeurant les remarques du SMR, selon lesquelles l'assurée répéterait une leçon de psychiatrie apprise par cœur sont dénuées de tout fondement. Enfin, il convient de relever que l'interprète lors de l'examen du SMR ne parlait pas la même langue que la recourante, ce qui explique peut-être pourquoi elle ne s'est pas ouverte de son passé de tortures. A cet égard, il y a lieu de souligner qu'elle est suivie par APPARTENANCES en raison d'un état de stress post-traumatique depuis son arrivée en Suisse.

Au vu de ce qui précède, il convient de constater que l'expertise du Dr T_____ a pleine valeur probante et que ses conclusions devront être suivies. Selon l'expert, qui diagnostique une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe ainsi qu'un épisode dépressif moyen, la recourante présente une incapacité de travail totale pour des raisons psychiatriques. A cet égard, l'expert fait remonter de façon certaine le début de l'incapacité de travail de l'assurée à une période précédant l'entrée en Suisse, soit lorsqu'elle était domiciliée en Allemagne. La recourante expose elle-même que c'est quelques mois après son arrivée en Allemagne qu'elle a été submergée par la souffrance psychique et que déjà en Allemagne elle avait des troubles du sommeil et des troubles mnésiques et attentionnels. L'assurée a d'ailleurs été traitée pour son état de stress post-

traumatique un mois après son arrivée en Suisse. Il faut ainsi tenir pour établi que le début de l'invalidité remonte au séjour en Allemagne, soit avant l'entrée de la recourante en Suisse.

7. Il convient dès lors de déterminer si l'assurée remplit à la date de la survenance de l'invalidité, les conditions d'assurance. Pour ce faire, elle doit compter, lors de la survenance d'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou 10 années de résidence ininterrompue en Suisse. À l'évidence, la recourante ne remplit pas la condition des 10 années de résidence en Suisse, ni celle de l'année de cotisation en Suisse avant la survenance de l'invalidité puisque celle-ci est survenue avant l'entrée en Suisse. Cependant, il est possible de tenir compte des cotisations turques, eu égard à la convention la Convention de sécurité sociale entre la Suisse et la république de Turquie. Cette condition n'est toutefois pas non plus remplie, la recourante n'ayant jamais travaillé en Turquie où elle était femme au foyer. Elle n'a pas non plus cotisé à titre de personne sans activité lucrative à la sécurité sociale turque. Enfin, il y a lieu de préciser que pendant son séjour en Allemagne en tant que requérante, la recourante n'a exercé aucune activité lucrative ni cotisé à quelque titre que ce soit. Partant, elle ne remplit pas la condition d'assurance et son recours est dès lors mal fondé.
8. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006, a apporté 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'assurance-invalidité 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). Le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'il sera perçu un émolument, fixé à 200 fr.

**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 200 fr. à la charge de la recourante.
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 présidentee

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

La secrétaire-juriste :
Frédérique GLAUSER

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