REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/903/2006 **ATAS/645/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 6 juin 2007

En la cause

Madame R_____, domiciliée , PETIT-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BEAUMONT Eric	recourante

contre

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

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

EN FAIT

1. Madame R_____, née le 1969 et mère de deux enfants nés en 1993 et 1998, a travaillé en dernier lieu en tant que vendeuse et caissière chez C&A à 100%.

2. Dans son courrier du 1er avril 1999 au Dr A_____, le Dr - B_____ mentionne que l'intéressée souffre d'une migraine commune avec aura visuelle et aura sensitive et que "la fréquence très élevée de ces céphalées révèle une décompensation de sa maladie migraineuse". L'examen clinique neurologique ne révèle aucune anomalie particulière.

3. Le 9 octobre 2000 le Dr B_____ fait également état de la présence de céphalées fréquentes (trois à quatre fois par mois) qui débutent sous forme d'une céphalée bifrontale pour se terminer en hémicrânie suivie de vomissements.

4. Le 1er février 2001, le Dr B_____ constate une diminution des crises migraineuses grâce à une médication adéquate.

5. Dans son rapport du 13 août 2002, le Dr C_____ de la division de rhumatologie des (ci-après "établissement hospitalier") pose le diagnostic de suspicion de fibromyalgie. Il indique que "L'anamnèse de douleurs chroniques de caractère mécanique, l'absence de syndrome inflammatoire, l'examen clinique non relevant hormis la présence de 13 points de fibromyalgie positifs, la normalité du bilan radiologique ainsi que la constellation de symptômes associés (migraines, douleurs abdominales, troubles du sommeil…) évoquent en premier lieu le diagnostic d'une fibromyalgie."

6. Selon le rapport d'examen tomodensitométrique lombaire du 20 septembre 2002 du Dr D_____, il y a des données en faveur d'un canal lombaire de dimension limite. L'assurée présente par ailleurs une discopathie sévère L4-L5 associée à une importante arthrose inter-épineuse réalisant une réduction du diamètre antéropostérieur du canal médullaire à ce niveau. Le Dr D_____ constate en outre une discopathie protrusive modérée L5-S1.

7. Selon le rapport du 9 octobre 2002 du Dr E_____, spécialiste en neurochirurgie, le problème principal de l'assurée est celui d'une affection inflammatoire qui pourrait être une fibromyalgie. Son second problème est une lésion de l'apophyse épineuse lombaire qui semble correspondre à l'ostéchondrome. De l'avis de ce médecin, il est possible

que cette lésion soit responsable d'une partie des douleurs lombaires basses, en particulier lors des manœuvres d'extension.

8. Dans son rapport du 30 janvier 2003, le Dr. F_____ de la Clinique de neurochirurgie mentionne :

> "La patiente décrit des épisodes de blocages avec les lombalgies en ceinture irradiant dans les membres inférieurs à type d'étirement sur la face postérieure des cuisses des deux côtés avec des piques de douleurs à 10/10 de type arrachement sur le tissu des cuisses, sans facteur déclenchant clair. Les douleurs sont aggravées par des positions longtemps tenues et surtout par la marche, avec un périmètre de marche limité à 100 mètres, amélioré par la position penchée en avant."

Il constate que le status ne révèle ni signe irritatif, ni syndrome vertébral.

9. Le 17 avril 2003, le Dr C_____ communique au Dr A_____ que la reprise du travail à 50% s'est soldée rapidement par un échec, la patiente présentant des douleurs qu'elle décrit comme insupportables et l'empêchant de fonctionner sur son lieu de travail. Elle paraît très anxieuse et déprimée à ce médecin.

10. Le 4 juillet 2003, le Dr C_____ indique au Dr A_____:

> "(…) sur le plan théorique, on peut admettre que l'activité professionnelle de Madame R_____ (vendeuse-caissière chez C&A) est un travail exempt de port de charges lourdes et devrait être exigible au moins à 50%. Néanmoins, l'expérience de ces derniers mois montre que plusieurs reprises du travail à 50% se sont soldées par des échecs successifs."

11. Dès le 12 juillet 2003, l'intéressée est en arrêt de travail total.

12. Le 18 juillet 2003, l'employeur de l'assuré certifie ce qui suit:

> "Malgré les efforts et la volonté de travailler à 50%, Madame R_____ a des difficultés à accomplir ses tâches par rapport à son handicap (crampes et paralysie partielle).

Depuis le 23 février 2003, Madame R_____ a essayé de reprendre son travail à maintes reprises, mais sans succès."

13. Le 2 septembre 2003, le Dr C_____ communique au Dr A_____ qu'une nouvelle tentative de reprise de l'activité professionnelle à 50% s'est soldée après quatre jours par un échec complet. Il estime ainsi que l'assurée ne pourra pas reprendre régulièrement une activité professionnelle structurée. Il indique également "je pense qu'une reconnaissance de son "handicap" d'environ 50% me paraît justifiable". Le Dr C_____ mentionne également les difficultés de sa patiente dans les relations sexuelles.

14. Par demande reçue le 15 octobre 2003, l'assurée requiert des prestations d'assurance-invalidité sous forme de rente.

15. Dans son rapport du 23 octobre 2003, le Dr B_____, neurologue, émet les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de fibromyalgie et de migraine invalidante depuis février 2002. Les diagnostics de douleurs lombaires apparues depuis octobre 2002 n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail, selon ce médecin. La capacité de travail de sa patiente est nulle depuis juillet 2003 et l'état est stationnaire. Le Dr JAUSIN mentionne par ailleurs que la patiente est actuellement stabilisée au mieux et qu'elle pourrait travailler à 50%.

16. Le 24 octobre 2003, le Dr A_____ pose les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de syndrome douloureux diffus type fibromyalgie qui s'aggrave progressivement, de migraines, de pincements discaux L4-L5 avec arthrose postérieure L4-L5, et d'un état dépressif depuis 2000. Dans l'annexe à son rapport, ce médecin déclare:

" 3. Anamnèse: depuis le début de 1999 la patiente commence à avoir de fortes migraines avec aura visuelle et sensitive (…).

4. Plaintes subjectives: depuis 2002, Madame R_____ commence à souffrir de douleurs diffuses, musculaires et articulaires des membres supérieurs et inférieurs s'étendant progressivement tout en s'aggravant au corps entier.

5. Constatations objectives: plusieurs consultations chez des spécialistes en rhumatologie-neurologie-psychique permettent de poser un diagnostic d'un syndrome douloureux, diffus du type fibromyalgie, accompagné de lombalgies et migraines chroniques.

6. (…)

7. Thérapie: malgré une thérapie active par médicaments, antimigraineux, AINS, fortes antalgiques, antidépresseurs et physiothérapie, son état s'aggrave progressivement et ne donne pas d'améliorations significatives.

8. Pronostic: ma patiente a essayé plusieurs fois de reprendre le travail, sans succès, même à 50%."

17. Dans son rapport médical concernant les capacités professionnelles de la même date, le Dr A_____ déclare que la capacité de travail de l'assurée est nulle dans n'importe quelle activité.

18. Le 9 décembre 2003, le Dr C_____ communique à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) que sa patiente souffre de lombalgies chroniques qui se sont progressivement amplifiées. Depuis février 2002, des douleurs diffuses des quatre extrémités, musculaires et articulaires, d'exacerbation mécanique, s'y sont ajoutées. De surcroît, elle souffre de céphalées à caractère de migraines et un état anxio-dépressif, par moment important, s'est surajouté à ce tableau clinique. A l'examen clinique, on note l'absence de signes inflammatoires, ainsi que de déficit sensitif ou moteur, la présence de 18 points de fibromyalgie sur 18 et une limitation modérée du rachis lombaire. Les examens démontrent un important pincement L4-L5 associé à une arthrose inter-épineuse, mais non pas d'hernie discale. Ce médecin déclare par ailleurs:

"L'introduction de traitement antalgique, anti-inflammatoire ou antidépresseur ne contrôle que très partiellement l'intensité de la symptomatologie douloureuse. Les reprises de l'activité professionnelle (…) ont été tentées à plusieurs reprises à 50%, se soldant chaque fois par une "décompensation somatique et psychique" après quelques jours d'activité. L'expérience montre donc que la réinsertion de Madame R_____ dans son activité professionnelle n'est actuellement pas envisageable, tant pour des raisons physiques que psychiques.

L'évaluation de la capacité professionnelle actuelle est à mon avis difficile à préciser, mais est clairement diminuée. Toute activité nécessitant le port de charges ou des positions prolongées n'est pas exigible. Une activité sans port de charge, permettant de fréquent changement de

position est peut-être exigible (mais quelle activité? Avec quel rendement compte tenu de l'absence de formation professionnelle étendue et des échecs de retour au travail répétés). Je pense qu'il est aussi important de tenir compte d'une évaluation psychiatrique dans l'évaluation de la capacité de travail résiduelle."

19. En date du 12 mai 2005, le Dr C_____ informe l'OCAI que la situation de sa patiente ne s'est pas améliorée et que les plaintes douloureuses se sont plutôt aggravées. Elle a subi en 2004 - 2005 une prise en charge dans le cadre de la consultation de la douleur des "établissement hospitalier". Elle est par ailleurs suivie depuis deux ans par un médecin psychiatre, le Dr. G_____, et présente une comorbidité psychiatrique sous forme d'un état anxio-dépressif marqué, nécessitant une prise en charge régulière.

20. Le 29 août 2005, l'assurée fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique par le Service médical régional Leman (ci-après SMR). Dans son rapport du 20 septembre 2005, celui-ci pose les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies basses chroniques sur troubles arthrosiques dans un contexte de canal lombaire étroit débutant sur arthrose postérieure et importante arthrose inter-épineuse. Les diagnostics de fibromyalgie et de troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail, selon les médecins du SMR. La capacité de travail dans l'activité habituelle de l'assurée est diminuée de 50%, en raison de la pathologie ostéoarticulaire, sans tenir compte du diagnostic de fibromyalgie. Celui-ci ne peut être considéré comme une atteinte invalidante à la santé, aux dires des Dr . H_____ et. I_____ du SMR, en l'absence de traits prémorbides de la personnalité, de comorbidité psychiatrique, d'affections corporelles chroniques et de perte d'intégration sociale. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes: absence de port de charges supérieures à 10 kilos, de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà d'une heure, pas de position statique debout immobile au-delà de trente minutes, possibilité de varier les positions au minimum une fois par heure, de préférence à sa guise, pas de position en antéflexion en porte-à-faux du tronc, activité professionnelle dans un local tempéré. Dans une activité adaptée à ses limitations, la capacité de travail est théoriquement de 100%. Dans l'anamnèse psychosociale et psychiatrique, le rapport mentionne que la fille de la recourante, née en 1998, a adopté un comportement d'isolement. Son contact avec autrui était difficile, elle avait tendance à se retrancher dans des rebords de l'appartement et souffrait d'un retard de l'acquisition du langage

nécessitant un traitement logopédique et un placement en école spécialisée. Toutefois, son état s'est amélioré et elle va tenter de reprendre une scolarité normale. Le rapport du SMR fait en outre état de migraines typiques évoluant depuis l'adolescence, se déclarant actuellement une ou deux fois par mois, avec nausées, vomissements et photophobie. Dans un contexte de douleurs siégeant au niveau du rachis cervical et du rachis lombaire, une symptomatologie algique s'est installée au niveau des membres supérieurs et inférieurs entraînant des épisodes de paralysie. Enfin, la recourante déclare aux médecins du SMR que sa vie sociale s'est rétrécie, mais qu'elle entretient néanmoins des contacts réguliers avec la maman de jour de sa fille et quelques amis.

21. Par décision du 14 octobre 2005, l'OCAI refuse tout droit à une rente à l'assurée.

22. Dans son rapport du 15 octobre 2005, la Dresse J_____, psychiatre, diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, une anxiété généralisée et une fibromyalgie. L'incapacité de travail est totale depuis 2002. L'état de santé ne peut être amélioré par des mesures médicales. Depuis 2002, sa patiente présente de façon fluctuante une angoisse, des attaques de panique occasionnelles, une anxiété généralisée avec sudation, palpitations, vertiges, nausées, colère, perte de confiance en soi, tristesse, sentiment d'injustice, idée de mort, abus médicamenteux, perte de vision d'avenir, d'irritabilité et culpabilité. Le traitement antidépresseur a été modifié et la compliance est bonne. Elle suit par ailleurs une thérapie cognitivo-comportementale.

23. L'assurée forme le 17 novembre 2005 opposition à la décision de refus et produit, avec ses écritures complémentaires du 8 décembre 2005, un rapport médical du Dr C_____ du 1er novembre 2005. Celui-ci ne voit pas quelle activité adaptée pourrait être exercée par l'assurée, compte tenu de ce que son activité de vendeuse-caissière ne l'exposait pas à des multiples ports de charges lourdes. Il estime qu'il conviendrait de déterminer par une expertise quel type d'activité adaptée pourrait être exercé par l'assurée et qu'en attendant, la reconnaissance de son incapacité de travail de 50%, attestée par l'expert, doit être respectée. Il insiste sur la pathologie anxio-dépressive marquée, avec vraisemblablement par moment des phénomènes d'attaque de panique, et que cette problématique psychiatrique a souvent été à l'origine des échecs de reprise du travail. Sur le plan thérapeutique, sa patiente est sous traitement combiné d'un antidépresseur (Deroxat) et d'un

neuroleptique (Zyprexa), ce qui dénote d'une pathologie psychiatrique dont l'intensité doit être qualifiée de plus que légère.

24. Par décision sur opposition du 8 février 2006, l'OCAI a rejeté celle-ci, en se fondant sur l'examen pluridisciplinaire du SMR.

25. Représentée par son conseil, l'assurée recourt contre cette décision, par acte du 13 mars 2006, en concluant à son annulation et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OCAI pour la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision.

26. Lors de la comparution personnelle de l'assurée devant le Tribunal de céans en date du 21 juin 2006, la recourante déclare qu'elle travaillait initialement chez C&A debout. Lorsqu'elle est tombée malade, elle a eu le droit de s'asseoir et d'alterner les positions debout/assise. Toutefois, ses douleurs ont augmenté de façon insupportable. A cet égard, elle indique:

> "Il m'arrivait d'avoir des crampes dans les cervicales, les bras et les cuisses. Parfois, mes bras sont restés repliés contre le corps comme paralysés. Il est également arrivé que j'ai à la fois des crampes dans les jambes et dans les bras. Je ne pouvais alors plus marcher. En 2001, sauf erreur de ma part, j'ai été hospitalisée d'urgence à cause de mes bras paralysés. On a dû également faire venir un médecin SOS à mon travail, lors d'une de ces crises. Celles-ci surviennent également à la maison et j'ai dû faire appel plusieurs fois à SOS MEDECINS. Encore actuellement, j'ai de telles crises deux à trois fois par semaine. Lorsque je suis à la maison, je prends alors des bains très chauds et j'augmente les médicaments.
>
> Ces crises peuvent commencer le matin et durer toute la journée. Dans la soirée, mon état s'améliore parfois, mais la crise peut reprendre vers 22h00 et durer jusqu'au matin."

Elle indique en outre qu'elle ne devait jamais porter de lourdes charges chez C&A. Elle décrit également des crises de panique qui sont généralement suivies des crampes susmentionnées. Elle relève par ailleurs que l'entretien avec la psychiatre du SMR a duré une heure. Elle est en traitement chez la Dresse J_____ à raison d'une séance tous les quinze jours. Sa vie sociale a énormément changé depuis 2001. Elle n'est plus la même, n'arrive plus à écouter son mari et ses enfants, a des difficultés dans sa vie intime (crampes au moment des rapports), ce qui a également provoqué des conflits de couple. Elle ne sort plus, ne fait plus d'invitations à la maison et refuse celles des amis. Au moment des

crises de crampes, elle est incapable de faire quoi que ce soit. Sa belle-sœur vient souvent l'aider. Par ailleurs, la concierge accompagne sa fille en bas de l'immeuble, pour qu'elle puisse prendre le bus de l'école, lorsqu'elle en est incapable en raison de l'importance des douleurs. C'est lorsque sa fille avait deux ans qu'elle a remarqué que celle-ci avait des troubles de comportement. Elle pensait alors que sa fille ne parlerait jamais, ce qui a constitué un grand choc. Elle s'était sentie très mal, mais a surmonté ce moment difficile sans l'aide d'un médecin.

27. Le 20 septembre 2006, Madame D1_____, une amie de la recourante, est entendue en tant que témoin. Elle rapporte qu'elle a dû rechercher sa fille prématurément, lorsque celle-ci avait été invitée à l'anniversaire de celle de la recourante, à cause d'un malaise de cette dernière. La recourante a également dû rentrer prématurément à la maison, en raison de forts maux de tête, lorsque le témoin l'avait invitée chez elle. Lorsque le témoin téléphone à la recourante, la fille de celle-ci lui répond parfois que sa mère ne peut lui parler, étant alitée à cause d'un malaise. Le témoin voit la recourante nettement moins souvent depuis environ deux ans, à cause de son mauvais état de santé. Auparavant, elle la voyait souvent lors de fêtes de famille ou entre amis.

28. Madame P_____ est également entendue en tant que témoin le 20 septembre 2006. Elle indique avoir travaillé avec la recourante chez C&A et avoir assisté plusieurs fois à ses crises de douleurs, surtout au niveau des jambes. La recourante ne pouvait alors plus bouger et le magasin devait faire appel à SOS MEDECINS pour la soulager. Dans ces moments, la recourante pleurait et transpirait. Il fallait l'accompagner et la soutenir jusqu'à l'arrivée des médecins. Dès que les médicaments faisaient leur effet, un proche venait la chercher pour l'amener à la maison. Elle n'aurait pas été capable de rentrer par ses propres moyens. Ce témoin confirme que la recourante a essayé à maintes reprises de reprendre le travail, mais que cela a été impossible, en dépit de sa bonne motivation.

29. La concierge de l'immeuble de la recourante témoigne à la même date qu'elle amène la fille de celle-ci à l'école et va la chercher également, lorsque la recourante a trop mal. Le fils de cette dernière mange également chez elle dans les moments difficiles. Cela arrive deux ou trois fois par semaine. Parfois, sa fille lui téléphone, afin qu'elle aide sa mère. Le témoin trouve alors la recourante assise ou couchée, sans bouger et visiblement éprouvée par les douleurs dans les bras et les jambes. Une fois la recourante est tombée, alors qu'elle se trouvait sur un passage à piétons, et a perdu connaissance. La fille de la recourante est par ailleurs très impressionnée et a peur, lorsque les crises de

douleurs surviennent. Le témoin confirme en outre que SOS MEDECINS est venu plusieurs fois chez la recourante au moment de ses crises.

Concernant sa chute sur le passage à piéton, la recourante explique qu'elle accompagnait le jour en question sa fille à l'école. Arrivée sur le passage à piéton, elle ne pouvait tout d'un coup plus marcher. Elle ne se rappelle cependant plus de ce qui s'était passé par la suite. Elle déclare à cet égard avoir perdu connaissance très souvent.

30. L'ex-belle-sœur de la recourante, Madame D2_____R_____ est entendue le 20 septembre 2006 à titre de renseignement. Elle confirme qu'elle vient souvent aider la recourante dans les tâches ménagères et pour les enfants. Elle a assisté très souvent à la survenance des crises où la recourante restait comme paralysée. Celle-ci ne peut alors presque plus parler. Lorsqu'elle est debout et que la crise survient dans les jambes, elle doit s'asseoir. Elle ne peut plus marcher et les proches doivent la soutenir comme un bébé pour l'amener soit dans son lit ou chez le médecin. Ces crises peuvent survenir dans n'importe quel lieu et à n'importe quelle heure. Elles se produisent environ deux à quatre fois par semaine. Lorsque la crise se déclare dans les bras, ceux-ci restent comme bloqués. Si la recourante tient quelque chose dans la main, elle le laisse alors tomber. L'ex-belle-sœur rapporte en outre que la recourante ne sort presque plus et reçoit peu de visites à la maison. Elle a également des "absences" où elle ne sait plus où elle est.

31. Entendu en tant que témoin à la même date, le Dr C_____ a déclaré ce qui suit:

> "Madame R_____ m'a fait part de manière récurrente de ses crises de douleurs depuis 2002. Ces espèces de crises ne sont pas observées habituellement chez des personnes souffrant de fibromyalgie. Ces espèces d'attaques sont donc très particulières chez ma patiente. Je me demande s'il ne s'agit pas d'une forme d'attaque de panique ou d'anxiété généralisée. Ces symptômes sont difficiles à catégoriser de façon scientifique. Je n'ai pas trouvé de substrat organique pour ces plaintes.
>
> Madame R_____ fait beaucoup d'efforts pour surmonter la douleur. Elle a ainsi été notamment à la consultation de la douleur de l'hôpital et a fait de la sophrologie pour mieux maîtriser ses angoisses. J'estime

qu'elle ne dispose pas des ressources psychiques nécessaires pour surmonter les douleurs, en raison de cette forme d'attaque qu'elles prennent.

L'activité antérieure chez C&A serait parfaitement adaptée à son état de santé, s'il n'y avait pas ces "attaques".

J'ai observé aussi chez Madame R_____ un sentiment de mort imminente et d'anxiété.

Personnellement, j'estime que sa capacité de travail est nulle dans n'importe quelle activité. Il est vrai que j'ai attesté auparavant une capacité de travail partielle dans mon courrier du 4 juillet 2003. Toutefois, je connaissais Madame R_____ depuis relativement peu de temps, et j'essaie toujours, dans la mesure du possible, de motiver mes patients afin qu'ils reprennent le travail, au moins partiellement. Je précise à cet égard, que j'ai connu Madame R_____ en 2002 à l'Hôpital en rhumatologie. Depuis le 5 février 2003, elle est en traitement dans mon cabinet. Certes, dans mon rapport médical du 1er novembre 2005, je déclare également que la reconnaissance de son incapacité de travail de 50%, dûment attestée par l'expert, doit être respectée. Je voulais toutefois dire par là qu'au moins une incapacité de travail de 50% devait lui être reconnue. Par ailleurs, je me prononce en tant que rhumatologue et ne tiens donc qu'accessoirement compte du diagnostic psychiatrique. Cependant, dans mon esprit, l'incapacité de travail due à des atteintes psychiques s'ajoute à l'incapacité de travail sur un plan rhumatologique. C'est en raison des affections physiques et psychiques que j'estime que l'incapacité de travail est de 100%.

Sur question, j'indique que la maladie de Madame R_____ a aussi beaucoup de répercussions sur la vie de famille, au niveau intime, et la vie sociale. Sa diminution a provoqué beaucoup de difficultés et tensions intrafamiliales. J'ai l'impression qu'elle reste beaucoup chez elle et qu'elle a honte de ne pas pouvoir faire face aux exigences de la vie quotidienne. Toutefois, il me semble qu'elle peut accepter aujourd'hui qu'elle est malade et que son anxiété a un peu baissé. Néanmoins, ses "attaques" de douleur ont continué à survenir."

32. Par ordonnance du 22 novembre 2006, le Tribunal de céans a mis en œuvre une expertise judiciaire psychiatrique et a commis à ces fins le Dr K_____, après avoir donné aux parties la possibilité de se déterminer sur les questions à poser à l'expert, ainsi que le choix de celui-ci.

33. Dans son rapport d'expertise du 19 mars 2007, l'expert pose les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, d'anxiété généralisée et, accessoirement, de trouble panique. Ces atteintes engendrent, sur le plan psychiatrique, un trouble de la concentration, de l'attention et de la mémoire, un sentiment d'insuffisance et d'inutilité, un désintérêt généralisé, une perte de motivation, une fatigue et une fatigabilité. L'expertisée présente également une tolérance fortement réduite au stress, au bruit et à la confusion, elle est désécurisée et manque de confiance en elle. Sur le plan physique, la fibromyalgie, les migraines et les lombalgies l'affaiblissent. Par ailleurs, la fibromyalgie influence aussi son psychisme de manière négative. Quant à la capacité de travail, l'expert relève les lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurances (SSPA), selon lesquelles "l'incapacité de travail ne découle pas de façon immédiate du diagnostic, elle s'apprécie sur la base du type et de l'importance des limitations fonctionnelles causées par les troubles, les possibilités de compensation étant à prendre en compte de façon appropriée". En l'occurrence, l'expert estime que l'importance des limitations fonctionnelles est majeure et entrave le quotidien de la recourante de manière importante. La recourante n'est pas en mesure d'assumer les activités habituelles ou plaisantes de son ménage et de sa famille et encore moins de faire face à des exigences professionnelles. Elle ne dispose actuellement pas de moyens pour compenser ces atteintes qui sont multiples. Les atteintes psychiques diagnostiquées engendrent une incapacité de travail complète depuis juillet 2003 au moins et celle-ci est toujours totale à ce jour. Elle est probablement apparue progressivement dans le courant de 2002. Vraisemblablement, la recourante a présenté un état dépressif larvé ou modéré déjà avant l'apparition des douleurs en 2000. Le tableau fibromyalgique a cependant largement contribué à la déstabiliser au point d'engendrer des attaques de panique sur la base d'un trouble anxieux et d'aboutir à un trouble dépressif d'intensité sévère entre 2004 et 2005. Quant aux "crises de paralysie", elles sont en réalité des épisodes de contractures douloureuses dont l'origine est probablement multifactorielle. Le vécu décrit est compatible avec une attaque de panique chez une personne souffrant de fibromyalgie. L'expertisée est totalement incapable de surmonter ces crises par un effort de volonté. L'expert estime par

ailleurs que la comorbidité psychiatrique est importante de par le trouble dépressif récurrent d'intensité sévère entre 2004 et 2005, d'intensité légère à moyenne actuellement, toujours sous traitement médicamenteux et psychothérapeutique anti-dépressif important, avec appoint anxiolytique et traitement de somnifères. Le trouble du registre anxieux, soit une anxiété généralisée et des attaques paniques, constitue une deuxième comorbidité psychiatrique importante par son acuité. La recourante ne présente cependant pas un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit. Elle est en effet encore capable de progresser sur le plan psychiatrique. Il n'y a aucun signe d'exagération des symptômes. Au contraire, l'expertisée ne montre pas pleinement l'ampleur de sa souffrance et a tendance à se replier sur elle et s'isoler. Le traitement anti-dépressif paraît optimal. Sur le plan psychothérapeutique, une véritable remise en question et une reconstruction du sentiment d'identité de l'expertisée est en cours. La capacité de travail ne peut pas être améliorée dans un proche avenir, mais l'évolution est favorable.

34. L'intimé a soumis l'expertise judiciaire à l'avis médical du SMR. Selon cet avis, "lu et approuvé" le 17 avril 2007 par Mme -C1_____ et le 2 mai 2007, par la Dresse L_____, avis qui n'est cependant pas signé, les conclusions du Dr K_____ ne sont pas pertinentes. Le SMR semble considérer en premier lieu qu'il ne convient pas de tenir compte des témoignages. Il critique par ailleurs le diagnostic, retenu par l'expert, d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et estime que celui-ci aurait dû mentionner "épisode dépressif, d'intensité moyenne à légère", avec éventuellement "status après épisodes sévères". Par ailleurs, le SMR relève que l'expert a retenu un épisode dépressif en 2005 d'intensité plus forte que le psychiatre traitant, lequel a fait état le 15 octobre 2005 d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Lors de l'examen par le SMR en date du 29 août 2005, la recourante conduisait par ailleurs la voiture familiale et supervisait les devoirs de son fils, ce qui est difficilement compatible avec un trouble dépressif sévère et encore moins avec des troubles paniques. En outre, en cas de diagnostic de trouble panique, le diagnostic d'anxiété généralisée ne peut être retenu, selon la Classification internationale des troubles mentaux et de troubles du comportement (CIM-10). Quant aux limitations fonctionnelles décrites, elles sont discrètes, selon le SMR. L'expert n'a en outre pas analysé la question de la comorbidité psychiatrique invalidante et n'a non plus indiqué si l'activité exercée par l'assurée est adaptée à son état de santé. Pour le SMR, les emplois de caissière et vendeuse ne sont pas identiques et requièrent des qualités psychiques différentes. Il serait aussi important de connaître les

limitations fonctionnelles psychiatriques de la recourante dans d'autres professions pour évaluer si l'assurée peut travailler dans une activité adaptée à plein temps. Le SMR voit également une contradiction dans ce que l'expert rapporte que l'assurée a un fort désir de travailler, tout en mentionnant, dans la symptomatologie, qu'elle présente un désintérêt généralisé et une perte de motivation. Enfin, le SMR relève que la recourante n'a jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique, que la prise en charge spécialisée date de la période du licenciement en printemps 2004 et que le psychiatre traitant en octobre 2005 atteste un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne. Ainsi, le SMR considère que les diagnostics retenus par l'expert ne correspondent pas aux critères rigoureux et objectifs de la CIM-10.

35. Sur la base de cet avis, l'intimé persiste dans ses conclusions, par courrier du 7 mai 2007.

36. Le 18 mai 2007, la recourante se détermine sur l'expertise judiciaire et l'avis médical du SMR y relatif. Elle maintient ses conclusions antérieures. A cet égard, elle fait valoir que le rapport d'expertise judiciaire est extrêmement complet et analyse en profondeur tant les éléments anamnestiques et ses plaintes que les constatations cliniques, de sorte que la valeur probante de cette expertise ne saurait être remise en question. Elle souligne également que l'examen par le SMR n'a duré qu'une heure, tandis que l'expert judiciaire l'a vue à trois reprise pendant plus d'une heure.

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

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ), 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) 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

3. En l'occurrence est litigieux le degré d'invalidité de la recourante.

4. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). La capacité de gain est définie comme 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 et art. 28 al. 2 LAI).

   b) 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. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % 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.

   c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assurée (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

   d) Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre

d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; ATFA du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2).

e) L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

5. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées.

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

En outre, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale 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 judiciaire 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.

6. S'agissant du caractère invalidant d'une fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances applique par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65). Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret.

   Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50).

   Le Tribunal fédéral des assurances a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 354 et 131 V 50), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles

chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.2).

Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants précités - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in : Praxis 94/2005, p. 2007 ss.). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3).

7. a) En l'occurrence, la recourante a fait l'objet d'un examen interdisciplinaire par le SMR, lequel conclut à une capacité de travail de 50% dans sa dernière activité et de 100% dans une activité adaptée. Comme relevé dans l'ordonnance d'expertise du Tribunal de céans, le

rapport y relatif remplit certains des critères jurisprudentiels précités pour lui reconnaître une valeur probante. Toutefois, il paraît incomplet en ce qu'il n'a pas mentionné dans les diagnostics retenus les migraines dont souffre la recourante et n'a pas non plus investigué ses angoisses ou attaques de panique dont ont fait état le Dr C_____ et la Dresse J_____. A cet égard, le Tribunal de céans observera qu'un entretien d'une heure avec un psychiatre paraît insuffisant pour saisir des troubles psychiques dans toute leur complexité. Il ne saurait dès lors être admis que ce rapport repose sur des observations approfondies et des investigations complètes. A cela s'ajoute que les conclusions du SMR au sujet de la capacité de travail et du caractère invalidant de la fibromyalgie ne sont guère convaincantes. Elles sont en effet contredites par les observations des différentes personnes qui côtoient la recourante, en ce qui concerne la répercussion des douleurs sur le fonctionnement de celle-ci à son lieu de travail et à la maison. Ces observations constituent des indices concrets permettant de douter du bien fondé des conclusions du rapport d'examen du SMR, indépendamment du fait qu'il est lacunaire. Ainsi, Madame B1_____, entendue en tant que témoin, a confirmé que des crises de douleurs paralysantes affectent la recourante. Alors que celle-ci travaillait chez C&A, ce témoin y a assisté à plusieurs reprises. Ces crises provoquent une immobilisation empêchant la recourante de faire quoi que ce soit et l'obligeant à interrompre le travail pour le reste de la journée. Ces crises sont également confirmées par la concierge de l'immeuble, Madame P1_____, ainsi que par Madame D1_____. Il en va de même de l'ex-belle-sœur de la recourante, Madame D2_____R_____, qui a été entendue à titre de renseignement. Quant au Dr C_____, médecin traitant, il n'a certes jamais assisté directement à ses crises ou attaques, comme il les appelle. Cependant, sa patiente lui en a fait part de manière récurrente.

b) S'agissant de l'expertise judiciaire, elle remplit en principe les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Le SMR critique cependant les diagnostics retenus par l'expert, estimant que ceux-ci ne sont pas tout à fait conformes aux critères retenus dans la CIM-10. Il n'empêche que l'expert judiciaire retient des diagnostics dans une classification reconnue. Par ailleurs, il fonde ses diagnostics sur des observations et investigations complètes et ses conclusions sont convaincantes. Il est vrai que l'intensité du trouble dépressif, qualifié de sévère en 2005 par l'expert, peut être discutée. Il s'agit toutefois d'un point de détail, dès lors que les autres affections psychiques retenues et l'intensité de la fibromyalgie mettent largement en évidence des limitations fonctionnelles importantes.

Quant à la question de l'activité adaptée que l'expert n'aurait pas discutée, il convient en premier lieu de préciser qu'aucune des questions posées par le Tribunal de céans n'a porté sur ce point. Si l'intimé était de l'avis que cette question manquait, il lui aurait appartenu de demander qu'elle soit ajoutée à la liste des questions à poser à l'expert. En tout état de cause, le Tribunal de céans a omis de la formuler à bon escient. Il ressort en effet clairement du dossier, de l'audition du Dr C_____ et de la recourante que le dernier emploi était pleinement adapté, dès lors qu'il permettait de varier les positions assise et debout et ne comportait pas le port de lourdes charges. L'expert judiciaire a en outre indiqué à la p. 18 de son rapport que la symptomatologie limitait la recourante dans toute activité.

Le Tribunal de céans ne voit pas non plus une contradiction entre le fait que la recourante manifeste un fort désir de travailler et la constatation qu'elle présente parallèlement un désintérêt généralisé et une perte de motivation dans la symptomatologie. La perte de l'élan vital est précisément une caractéristique du trouble dépressif, ce qui n'empêche cependant pas le malade de désirer guérir et récupérer la capacité de travail.

Par ailleurs, même si le trouble panique peut être soigné par une thérapie comportementalo-cognitive, comme le relève le SMR, force est de constater que la recourante est depuis plusieurs années et à ce jour très atteinte dans sa santé, en dépit du fait qu'elle se soumet déjà à une telle thérapie. Avec l'expert judiciaire, un pronostic favorable peut cependant être retenu.

Enfin, le Tribunal de céans ne voit pas pourquoi il ne conviendrait pas de se fonder sur les témoignages de personnes assermentées pour apprécier la répercussion des atteintes à sa santé sur la capacité de travail. Il n'y a aucune raison de mettre en doute de telles déclarations. En procédure, il s'agit d'un moyen de preuve tout à fait admissible et cela doit également être valable pour apporter la preuve de l'existence d'attaques de panique ou de l'intensité d'une fibromyalgie, par exemple, comme en l'espèce.

Il est à cet égard à relever qu'il n'y a aucun indice pour une éventuelle simulation des crises des douleurs alléguées. Au contraire, tous les médecins et tout l'entourage de la recourante n'ont pas douté un seul instant de la réalité de leur existence. Les témoins ont par ailleurs confirmé que la recourante était en principe une femme motivée au travail et de bonne volonté. Elle a notamment essayé à maintes reprises

de reprendre le travail, comme cela a été confirmé par Madame B1_____, ainsi que le Dr C_____.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans considère que les remarques du SMR sur la valeur probante de l'expertise judiciaire ne permettent pas de mettre en doute les conclusions de celle-ci, de sorte qu'il n'y a aucune raison de s'en écarter.

c) L'expert judiciaire estime qu'une incapacité totale de travailler est justifiée depuis juillet 2003 au moins, en raison des seules limitations fonctionnelles engendrées par les affections psychiques.

En tout état de cause, il résulte également du dossier médical, notamment de l'expertise judiciaire, et des enquêtes que bon nombre de critères jurisprudentiels pour admettre le caractère invalidant de la fibromyalgie sont remplis. En premier lieu, il convient de retenir avec l'expert judiciaire une comorbidité psychiatrique grave par sa durée et acuité, en raison de l'épisode dépressif et du trouble du registre anxieux. Toutefois, même en admettant que la recourante ne souffre pas d'une telle comorbidité, il appert que plusieurs autres critères jurisprudentiels sont donnés. En effet, la recourante présente des affections corporelles chroniques sous forme de lombalgies basses sur troubles arthrosiques limitant objectivement sa capacité de travail, ainsi que de migraines. Son processus maladif s'étend sur plusieurs années sans rémission durable. Par ailleurs, si la perte de l'intégration sociale n'est pas totale dans toutes les manifestations de la vie, elle est néanmoins largement réalisée, comme cela est établi par les témoins. Il convient également d'admettre que tous les traitements conformes aux règles de l'art ont échoué, malgré une attitude très coopérante de la recourante, comme l'ont attesté le Dr C_____ et l'expert judiciaire. Ce premier médecin a notamment déclaré que la recourante faisait beaucoup d'efforts pour surmonter la douleur, qu'elle a notamment suivi la consultation de la douleur à l'hôpital cantonal et fait de la sophrologie pour mieux maîtriser ses angoisses.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans estime que la présomption, selon laquelle la fibromyalgie n'engendre pas une incapacité de travail, est en l'occurrence renversée.

Quant au degré d'incapacité de travail, il convient d'admettre, avec l'expert judiciaire, que celui-ci est de 100%. En raison des crises de douleurs fréquentes, il apparaît en effet que la reprise d'une activité professionnelle, même à temps partiel, ne peut être raisonnablement exigée de la recourante et qu'aucun employeur ne pourrait accepter des

absences aussi fréquentes, indépendamment des autres limitations fonctionnelles relevées par l'expert .

Cela étant, il y a lieu d'octroyer à la recourante une rente d'invalidité entière.

8. Reste à déterminer à partir de quelle date le droit à une rente a pris naissance.

a) Selon l'art. 4 al. 2 LAI, 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; 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 9 consid. 2b, 160 consid. 3a, 118 V 82 consid. 3a et les références).

S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le 1er jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI; ATF 126 V 9 consid. 2b et les références).

b) En l'espèce, une incapacité de travail totale est attestée dès le 12 juillet 2003. Toutefois, déjà auparavant la capacité de travail de la recourante était diminuée, dès lors qu'elle n'a travaillé en dernier lieu qu'à 50%. Il ressort du "Questionnaire pour l'employeur" rempli par C&A que la recourante était en incapacité de travail sans interruption notable entre 50 et 100% dès le 4 septembre 2002. Par conséquent convient-il d'admettre que le droit à une rente est né une année après, soit le 1er septembre 2003.

9. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision attaquée annulée et une rente entière d'invalidité accordée à la recourante dès le 1er septembre 2003.

10. La recourante, obtenant gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui sera octroyée à titre de dépens.

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. L'admet.

3. Annule les décisions des 14 octobre 2005 et 8 février 2006 de l'intimé.

4. Octroie à la recourante une rente d'invalidité entière avec effet au 1er septembre 2003.

5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 2'500 fr à titre de dépens.

6. Dit que la procédure est gratuite.

7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique

aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Claire CHAVANNES

La présidente

Maya CRAMER

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