REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/977/2006 **ATAS/1044/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 23 novembre 2006

En la cause

Madame B_____, domiciliée , GENEVE, représentée par FORUM SANTE, Madame Christine BULLIARD — recourante

contre

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

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

EN FAIT

1. Madame B_____, née le 1957, de nationalité marocaine, divorcée et mère de cinq enfants, est arrivée en Suisse le 20 août 1991. Au bénéfice d'une formation de couturière, elle a travaillé comme femme de chambre pour l'hôtel X_____ de 1994 à 2001. Selon son certificat de salaire 2000, l'assurée a réalisé, cette année-là, un revenu annuel brut de 47'967 fr.

2. Le 13 juillet 2001, sa mère est décédée. A la même époque, l'assurée a au surplus rencontré des difficultés avec le père de ses trois derniers enfants - qui ne vivait pas sous le même toit qu'elle - et sa fille aînée. Sont alors apparus des symptômes dépressifs, sous forme de tristesse, de fatigue et d'insomnies. L'assurée s'est plainte d'asthénie, de céphalées et de lombalgies.

3. Son médecin-traitant, le Dr A_____, a attesté d'une incapacité totale de travail dès le 24 juillet 2001. L'asthénie, la tristesse et les plaintes somatiques ont persisté tout l'été, de même que l'incapacité de travail.

4. Une radiographie de la colonne lombaire pratiquée le 17 août 2001 a montré des troubles dégénératifs étagés prédominant en L4-L5 et L5-S1 (pincement des disques et osthéophytose) mais pas d'atteinte sacro-iliaque.

5. Dans un courrier adressé à la caisse maladie HOTELA le 13 septembre 2001, le Dr A_____ a posé les diagnostics suivants : état dépressif réactionnel, épuisement physique et psychique, angine pultacée à streptocoques, lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs et status après pelvispondylite en 1995. Il a détaillé ses observations cliniques et le traitement prescrit et confirmé l'incapacité totale de travail dès le 24 juillet 2001. Il a réservé son pronostic et indiqué que selon lui, l'activité professionnelle de sa patiente était peu compatible avec ses lombalgies chroniques.

6. En octobre 2001, la patiente a consulté le Dr B_____, du service de psychiatrie ambulatoire universitaire du canton de Genève, qui a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent avec épisode sévère sans symptômes psychotiques et conseillé l'introduction d'un anti-dépresseur et la mise en place d'un suivi psychiatrique.

7. Le 3 décembre 2001, le Dr. C_____, spécialiste FMH en médecine interne, a établi un rapport d'expertise médicale à l'intention de HOTELA. Il a constaté que l'assurée était encore sous anti-dépresseurs et s'était rendue à trois reprise chez la Dresse D_____ pour un suivi psychiatrique mais qu'elle ne constatait aucune modification de son état. Il a souligné que l'assurée ne se plaignait que de symptômes psychiques : elle décrivait en détail ses difficultés familiales, signalait une tristesse constante, une baisse d'énergie, des troubles du sommeil, une

diminution des intérêts et une fatigabilité importante; elle avait peu d'appétit et délaissait presque toutes ses activités, sortait peu, amenait tous les jours ses trois plus jeunes enfants à la crèche, s'occupait un peu de son ménage, des repas, de la lessive et des courses, ruminait toute la journées ses soucis familiaux. A l'époque de l'expertise, elle ne se plaignait pas de lombalgies.

Le Dr C_____ a conclu à un état dépressif récurrent de sévérité moyenne et à des lombalgies anamnestiques alors en rémission. Selon lui, le trouble dépressif dont était atteinte l'assurée était d'une sévérité modérée selon les critères de la CIM-10. Il était réactionnel à des difficultés familiales. Le médecin a précisé qu'il s'agissait d'une récidive et que, malgré un médicament anti-dépresseur et une prise en charge par un psychiatre, il n'y avait pas eu d'amélioration notable. Il a cependant souligné que le traitement n'avait commencé que six semaines avant l'expertise et que des modifications pouvaient encore survenir. Il a invoqué un risque important de régression et de développement d'une invalidité. Quant aux lombalgies, il a indiqué que la patiente ne s'en plaignait plus, qu'elle ne prenait aucun traitement et que l'évolution avait été favorable avec du repos et de la physiothérapie.

S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée, le médecin a fait remarquer que, de manière générale, lors de l'apparition d'un trouble dépressif, les médecins traitants accordent fréquemment un arrêt de travail, qu'il existe souvent un état d'épuisement qui peut bénéficier d'une période de repos, que l'arrêt donne le temps d'installer un traitement médicamenteux, que lorsque le trouble dépressif est sévère, l'incapacité de travail devient évidente, que dans les états dépressifs légers à moyens, elle peut durer quelques semaines à quelques mois mais qu'il faut être prudent et ne pas prolonger une inactivité complète qui favorise une tendance à l'isolement et à la rumination. Il a ajouté que l'amélioration des symptômes psychiques est lente et qu'il faut souvent envisager une reprise du travail lorsque les symptômes sont encore présents.

Dans le cas de la patiente, le Dr C_____ a rappelé que le médicament anti-dépresseur avait été prescrit mi-octobre 2001 et en a déduit qu'il était un peu tôt pour juger de l'efficacité du traitement. Il a observé une tendance à la régression dans la mesure où l'assurée amenait ses enfants à la garderie mais a fait remarquer que, dans le même temps, l'assurée s'occupait du ménage et qu'il n'y avait donc pas une totale inactivité. Il a estimé qu'il était judicieux de se donner encore du temps avec l'espoir que le traitement médicamenteux fasse son effet mais qu'il n'était pas souhaitable d'attendre une incertaine guérison complète.

En conclusion, le médecin a estimé que l'incapacité de travail attestée en juillet 2001 était justifiée par un état dépressif mais qu'il y avait lieu d'être attentif à certains problèmes sociaux qui freineraient toute amélioration. Il a proposé

d'attendre deux mois supplémentaires - soit jusqu'à février 2002 - avant d'évaluer l'aptitude à une reprise professionnelle.

8. Le 26 février 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI).

9. Dans un rapport médical daté du 16 juillet 2003, le Dr A. H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent, épisode sévère, difficultés dans les rapports avec le partenaire, difficultés liées à l'acculturation.

   Il a dressé le tableau clinique suivant : patiente orientée dans les trois modes : temps, espace et auto-psychique, thymie très triste avec ralentissement psychomoteur, difficulté à commencer les activités routinières, discours cohérent dans le contenu et la forme, sentiment de désespoir, sentiment occasionnel d'irritabilité et de malaise mal défini, réduction du sommeil avec réveils fréquents et difficultés d'endormissement, importante rumination mentale, troubles de la concentration et de la mémoire, anhédonie, aprosexie, aboulie et apragmatisme.

   Le médecin a estimé la capacité résiduelle de travail à 50% dans les professions de femme de chambre ou de couturière. Il a précisé que la motivation pour reprendre l'activité professionnelle ou entreprendre un reclassement professionnel était faible et que l'absentéisme prévisible dû à l'état de santé ou au traitement médical serait important. Il a recommandé d'éviter les positions statiques, la position agenouillée, le travail en hauteur, les déplacements sur sol irrégulier ou en pente et les horaires irréguliers.

   Il a encore indiqué que des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale influençaient grandement l'affection actuelle, qu'il n'y avait pas de divergence d'opinions entre les propositions thérapeutiques formulées par les médecins et l'assurée, que les troubles de cette dernières n'étaient pas réactionnels à des événements de vie adverses et que l'incapacité de travail n'était due qu'à une ou des affections physiques ou mentales. Il a conclu à une totale incapacité de travail.

10. Le Dr E_____, du service médical régional AI (SMR) a fait remarquer, dans un avis du 16 juin 2004, que le rapport du Dr F_____ n'était pas cohérent, notamment dans l'évolution de la capacité de travail résiduelle. Il a dès lors préconisé la mise en place d'une expertise psychiatrique.

11. Celle-ci a été confiée à la Dresse G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport en date du 17 avril 2005. Il en ressort que l'assurée consulte depuis 2000 pour un état dépressif, une fatigue et une incapacité à se prendre en charge elle-même et ses enfants. Elle est toujours suivie régulièrement par le même médecin, le Dr H_____. Elle a par ailleurs

consulté les "établissement hospitalier" le 31 décembre 2004 pour un épisode dépressif majeur.

L'expert n'a pas relevé de signe de la lignée psychotique mais un comportement très régressé ainsi que des troubles cognitifs évidents, liés pour la plupart au manque d'acculturation mais aussi à des capacités intellectives déficitaires. Il n'a pas mis en évidence de troubles de la mémoire ni de fixation ni d'évocation, mais a en revanche noté des troubles de la compréhension et du raisonnement. L'intelligence a été qualifiée d'inférieure à la moyenne, voire déficitaire. L'expert a évoqué une structure de pensée sans capacité à la symbolisation, une défaillance dans la pensée abstraite, une humeur triste, inhibée.

Il a posé les diagnostics suivants : troubles de la personnalité dépendante, traits de personnalité borderline, troubles de l'humeur de type dépressif majeur récurrent avec début dans le post-partum et sans guérison complète entre les épisodes.

Il a précisé que l'assurée présentait une structure de personnalité caractérisée par un comportement immature et peu responsable. Il a estimé que les difficultés d'acculturation jouaient sans doute un rôle mais relevé que l'assurée, comparée à ses sœurs, montrait un développement plus déficitaire.

L'expert a jugé que l'inadéquation de l'assurée à ses responsabilités de mère et la pauvreté des affects la rendaient très inadaptée à toute reprise du travail, ajoutant que des carences dans la symbolisation et dans la structure de la pensée dessinaient une structure psychopathologique complexe et peu souple à une évolution et que ce type de troubles psychopathologiques était structurel, peu influencé par des modifications environnementales, invalidant et rendait la personne peu adaptable.

Selon l'expert, la personnalité de l'assurée la soumet au risque d'épisodes dépressifs répétés avec réponse modeste aux anti-dépresseurs. Il a émis un pronostic à long cours négatif, expliquant que les épisodes dépressifs, associés aux troubles de la personnalité chez une personne très fruste semblaient peu accessibles à la psychothérapie et peu sensibles au traitement pharmacologique.

L'expert a estimé qu'en raison de sa structure psychopathologique et de ses difficultés cognitives, la patiente pouvait difficilement s'adapter à la vie active. Une réadaptation socio-professionnelle lui semblait difficile, compte tenu du déficit cognitif et affectif, du comportement régressif de l'assurée et de sa difficulté à se prendre en charge. Selon lui, l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible. L'incapacité de travail se situait autour de 70 à 80% depuis l'année 2000. L'assurée disposait d'une capacité résiduelle de 20 à 30% dans le même type de travail mais seulement après une période de réadaptation de type ergo-socio-thérapeutique, car, durant ces années d'inactivité, elle avait perdu le peu d'adaptation sociale qu'elle avait acquis lors de son arrivée en Suisse. Selon l'expert, une réadaptation et une stimulation seraient bienvenues mais en atelier protégé, ce qui permettait un suivi

psychosocial. Une autre forme de réadaptation professionnelle serait vouée à l'échec car l'assurée ne dispose pas des ressources qui lui permettraient de récupérer un rôle professionnellement actif sur le long cours.

L'expert a ajouté que l'aptitude sociale de la patiente était très restreinte, même avec son entourage habituel. La mobilisation des ressources semblait vouée à l'échec car elle n'avait pas été stimulée durant cinq ans. L'expert a conclu à une incapacité de travail de 80%.

12. Interrogé par l'OCAI, la Dresse G_____ a précisé, dans un courrier du 22 août 2005, qu'au moment de l'examen, l'état dépressif était d'intensité moyenne mais que la perte en termes de capacité cognitive était importante. S'agissant du métier de femme de chambre, elle a indiqué que, bien qu'il soit simple dans l'exécution des tâches, il était très fatigant pour une patiente qui est vite épuisée. La Dresse G_____ a évoqué la possibilité que l'assurée puisse peut-être l'exercer dans des conditions un peu avantageuses (tranches horaires ou ralentissement du rythme de travail). Elle a ajouté que l'acculturation jouait bien entendu un rôle important mais pas exclusif car dans les mêmes conditions, la sœur aînée de l'assurée s'était bien intégrée. Selon elle, l'instabilité de la patiente dépendait plutôt de facteurs psychopathologiques présents dès la petite enfance; l'émigration n'expliquait pas tout. Le facteur déclenchant avait été lié à la dépression post-partum qui avait suivi la naissance des jumelles, aucun facteur de protection psychologique n'étant entré en jeu à ce moment-là. Sur un terrain favorable, cela avait abouti à une chronicité inévitable.

13. Dans un avis daté du 6 septembre 2005, le Dr E_____, du SMR, a fait remarquer qu'un état dépressif moyen ne justifiait en principe pas une incapacité de travail durable et que du reste, selon l'expert, il subsistait une capacité de travail résiduelle. S'agissant de la perte importante de la capacité cognitive, il l'a niée, estimant qu'on ne pouvait poser ce diagnostic sans avoir procédé à un examen neuropsychologique. Malgré les déclarations du Dr G_____, il a émis l'opinion que l'acculturation et le fait d'élever des petits enfants seule jouait un rôle important dans le cas de l'assurée. A cet égard, il a fait remarquer que c'est au moment de la naissance de ses enfants que l'assurée a cessé son travail. S'agissant des facteurs psychopathologiques présents depuis l'enfance, il a fait remarquer qu'ils n'avaient pas empêché l'assurée de travailler durant plusieurs années. Selon lui, il est quasiment impossible de s'occuper de trois petits enfants et de travailler simultanément à plein temps sans finir par être surmené. Or, le surmenage ne relève pas de l'assurance-invalidité.

14. Par décision du 19 septembre 2005, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.

15. Le 12 octobre 2005, l'assurée a formé opposition à cette décision. Elle s'est référée au rapport de la Dresse G_____ et a contesté que ses troubles psychiques soient essentiellement d'origine sociale, faisant remarquer que l'expert avait d'ailleurs clairement démenti cette hypothèse. Elle a qualifié les affirmations du Dr E_____ de totalement arbitraires et souligné qu'un trouble de l'humeur de type dépressif post-partum intervient forcément à la suite d'un accouchement. Elle conclut à ce que lui soit reconnue une invalidité de 100%.

16. Par courrier du 14 décembre 2005, l'assurée a encore fait remarquer que le Dr H_____, dans son questionnaire du 2 juillet 2003, avait globalement corroboré l'appréciation de la Dresse G_____.

17. Par décision sur opposition du 7 mars 2006, l'OCAI a maintenu sa décision de refus de prestations du 19 septembre 2005. En substance, il a estimé que les particularités comportementales, de nature socio-culturelle, ethnique ou familiale, ainsi que les difficultés émotionnelles causées en premier lieu par l'émigration étaient au premier plan. Il s'est référé au rapport du Dr C_____ pour en tirer la conclusion que l'état de l'assurée était la conséquence de ses difficultés et soucis familiaux. Quant au rapport du Dr H_____, l'OCAI a estimé que ce dernier avait très nettement mis en exergue l'importance de facteurs étrangers à l'invalidité influant sur la capacité de travail de l'assurée puisqu'il avait évoqué les difficultés dans les rapports de l'assurée avec son partenaire et celles liées à l'acculturation. Il en a tiré la conclusion que l'on avait affaire en l'occurrence à une pathologie liée essentiellement à des facteurs étrangers à l'invalidité.

18. Par courrier du 16 mars 2006, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle conclut à ce que lui soit reconnu un degré d'invalidité de 80% ouvrant droit à une rente entière. Elle se réfère au rapport de la Dresse G_____ ainsi qu'à celui du Dr H_____. Elle reconnaît que ce dernier est sujet à caution dans la mesure où, dans le même rapport, le médecin conclut à une capacité de travail de 50% puis de 0% mais fait remarquer qu'il signale tout de même un rétrécissement du champ de conscience et estime que les troubles psychiques ne sont pas induits par le surmenage ni réactionnels à des événements de vie adverse. Quant au rapport du Dr C_____, elle fait remarquer qu'il date de décembre 2001 et qu'il n'est dès lors plus d'actualité.

19. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 22 mars 2006, a conclu au rejet du recours.

20. Par courrier du 6 avril 2006, l'assurée a maintenu sa position.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à 3 juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal de céans connaît en instance unique des contestations prévues par 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 fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. 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 sur opposition du 7 mars 2006 à la lumière des nouvelles dispositions de la LPGA (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

5. Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre la recourante sont invalidantes et ouvrent, le cas échéant, droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

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

   Il y a lieu de préciser que 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 ; 105 V 207 consid. 2).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (en liaison avec l'art. 8 LPGA). 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 (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

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 qu'on ne saurait exiger de lui, pour des raisons sociales et pratiques, qu'il mette à profit sa capacité de travail ou – condition alternative – qu'une telle exigence serait insupportable pour la société (ATF 127 V 298 consid. 4c in fine , 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b ; VSI 2000 p. 153 consid. 2a ; VSI 1996 p. 318 consid. 2a, p. 321 consid. 1a, p. 424 consid. 1a ; RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références citées).

L'expert médical appelé à se prononcer sur le caractère invalidant de troubles psychiques doit poser un diagnostic relevant d'une classification reconnue et se déterminer sur le degré de gravité de l'affection. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (ATFA I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2 ; RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références).

Les troubles psychiques provoqués principalement par des circonstances extérieures telles que les particularités comportementales de nature socioculturelle, ethnique ou familiale ainsi que les difficultés psychiques causées en premier lieu par l'émigration (déracinement et acclimatation) n'ont pas, en eux-mêmes, valeur d'invalidité (ch. 1015 CIIAI). De telles circonstances peuvent toutefois constituer

des facteurs aggravants d'importance variable selon les individus et favoriser l'apparition de troubles psychogènes. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le TFA a précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique (ATF 127 V 294) : il a estimé que de tels facteurs ne figuraient pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'assurance-invalidité.

Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain). Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels sont au premier plan dans l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Il ne suffit pas que le tableau clinique indique qu'il y a diminution de la capacité de travail et que celle-ci trouve sa source dans des facteurs socioculturels ; il faut encore qu'il fasse clairement la différence entre l'humeur dépressive dont se plaint l'assuré et l'état dépressif au sens médical ou qui lui est assimilable (en d'autres termes, il faut que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive).

Si le diagnostic médical retient une atteinte à la santé psychique entraînant une diminution de la capacité de travail et de gain, les facteurs socioculturels sont relégués à l'arrière-plan. Tel n'est pas le cas, en revanche, lorsque l'expert admet que le diagnostic médical ne suffit pas pour expliquer l'incapacité de travail, imputable essentiellement aux difficultés psychosociales ou socioculturelles de l'assuré (en d'autres termes, l'atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, doit de manière autonome influencer la capacité de travail ; en revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé de caractère invalidant ; cf. ATF 127 V 299 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3; ATFA I 27/01 du 9 nov. 2001 consid. 1b et 2b ; ATFA I 354/01 du 3 mai 2002 consid. 3b).

7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997 p. 318 consid. 3b). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche

du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02).

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

En principe, le juge ne s'écarte 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 ou de l'administration 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 contienne 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).

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).

Enfin, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence).

8. En l'espèce, se trouvent principalement au dossier :

- un rapport du Dr A_____, du 13 septembre 2001, posant notamment les diagnostics d'état dépressif réactionnel, épuisement psychique et physique et concluant à une totale incapacité de travail;

- un bref avis du Dr B_____, du service de psychiatrie ambulatoire, datant du mois d'octobre 2001 et diagnostiquant un trouble dépressif sévère;

- un rapport d'expertise du Dr C_____, daté du 3 décembre 2001, concluant à un état dépressif récurrent de sévérité modérée, réactionnel à des difficultés familiales, préconisant de se livrer à une nouvelle évaluation de la capacité de travail en février 2002;

- un rapport du Dr H_____, psychiatre, daté du 16 juillet 2003, posant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère, influencé par des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale, concluant à une capacité résiduelle de 50%, puis, quelques lignes plus bas, de 0%;

- un rapport d'expertise - établi sur mandat de l'intimé - de la Dresse G_____, psychiatre, daté du 17 avril 2005, concluant à des troubles de la personnalité dépendante, des traits de personnalité borderline, des troubles de l'humeur de type dépressif majeur récurrent et sans guérison complète entre les épisodes, précisant que les difficultés d'acculturation jouent sans doute un rôle mais que c'est principalement la structure psychopathologique complexe et peu souple de l'assurée qui est responsable de son état, et concluant à une incapacité de travail de 80%;

- un courrier de la Dresse G_____ daté du 22 août 2005, dans lequel cette dernière précise qu'au moment de l'examen, l'état dépressif était d'intensité moyenne mais que la perte en termes de capacité cognitive était importante, que l'acculturation joue un rôle important mais pas exclusif, que l'instabilité de la patiente dépend plutôt de facteurs psychopathologiques présents dès la petite

enfance, que l'émigration n'explique pas tout et que le facteur déclenchant a été lié à la dépression post-partum qui a suivi la naissance des deux derniers enfants;

- un avis du Dr E_____, du SMR, qui allègue que, de manière générale, un état dépressif moyen ne justifie en principe pas une incapacité de travail durable, que du reste, selon l'expert, il subsiste une capacité de travail résiduelle, qui nie la perte importante de la capacité cognitive invoquée par l'expert au motif qu'on ne peut poser ce diagnostic sans avoir procédé à un examen neuropsychologique et qui émet l'opinion que, malgré les déclarations de la Dresse G_____, l'acculturation et le fait d'élever des petits enfants seule a joué un rôle important dans le cas de l'assurée.

Il convient tout d'abord de souligner qu'en l'état, seule l'expertise de la Dresse G_____ revêt une valeur probante suffisante. Cette expertise repose en effet sur une étude complète du dossier, ne contient pas de contradictions, répond aux questions posées de manière claire et sans ambiguïté et prend en considération les plaintes de la patiente; ses conclusions sont convaincantes et, qui plus est, corroborées par les certificats des Drs A_____ et B_____.

Le rapport du Dr F_____ en revanche, doit être écarté dans la mesure où il est contradictoire - ce que reconnaît la recourante elle-même - puisqu'après avoir conclu à une capacité de travail de 50%, il retient une capacité de 0%.

Quant à l'expertise du Dr C_____, non seulement elle remonte à 2001 mais encore elle n'amène aucune conclusion définitive s'agissant de la capacité de travail de l'assurée, se contentant à cet égard de formuler des remarques d'ordre général et de recommander une nouvelle évaluation quelques mois plus tard. On ne saurait donc s'y référer pour évaluer la capacité de travail de la recourante.

Reste l'avis du Dr E_____, qui, de manière assez lapidaire, sans jamais avoir reçu la recourante en consultation et à l'encontre des explications réclamées expressément à la Dresse G_____, conclut à une prédominance des facteurs culturels et sociaux dans la problématique de l'assurée, sous prétexte que cette dernière, travaillant à plein temps et mère de plusieurs enfants, ne pouvait que finir par être surmenée.

Force est de remarquer que l'assurée, arrivée en Suisse en 1991, a cependant travailler durant dix ans sans problème particulier. Par ailleurs, ainsi que le fait remarquer la Dresse G_____, il est tout à fait explicable que sa dépression soit survenue après la naissance de ses derniers enfants puisqu'elle a précisément débuté par une dépression de type post partum.

Dûment interrogée, la Dresse G_____ a clairement indiqué que les éléments sociaux et culturels, s'ils jouaient un rôle, n'étaient cependant pas seuls à l'origine de la dépression de la recourante, dépression qui est plutôt due, selon ses

explications, à sa personnalité, à des facteurs psychopathologiques présents depuis l'enfance - qui ne l'ont certes pas empêchée de travailler durant un certain temps mais qui ont favorisé l'apparition du trouble dépressif par la suite -, à des troubles de la personnalité dépendante et à des traits de personnalité borderline.

Le diagnostic de trouble récurrent majeur et sans guérison complète entre les épisodes posé par la Dresse G_____ est confirmé par l'anamnèse du dossier, dont il ressort que les épisodes de dépression sévère ont régulièrement alternés avec des épisodes de dépression modérée. Quoi qu'il en soit, même en période de dépression modérée, l'expert a estimé que la capacité de travail de l'assurée était réduite de 80%, expliquant de manière convaincante à cet égard que, même si la profession de femme de chambre est simple, elle se révèle cependant très fatigante pour l'assurée, qui est vite épuisée et qui souffre de perte cognitive importante. la Dresse G_____ a par ailleurs mis l'accent sur le comportement régressif de l'assurée, déjà souligné par le Dr C_____ en 2001.

En l'état et eu égard aux remarques qui précèdent, le tribunal est d'avis qu'il n'existe pas, en l'occurrence, d'éléments permettant de s'écarter des conclusions de l'expert psychiatre mandaté par l'intimé. En conséquence, l'assurée doit se voir reconnaître un degré d'invalidité de 70 à 80%, lui ouvrant droit à une rente entière d'invalidité à compter du mois d'août 2002 - après écoulement du délai de carence. En effet, l'incapacité de travail se confond ici avec le degré d'invalidité dans la mesure où aucune autre profession n'a été retenue comme étant mieux adaptée au handicap de l'assurée.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est admis.

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 19 septembre 2005 et 7 mars 2006.

4. Dit que Madame Naïma B_____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er août 2002.

5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 1'500 fr. à titre de dépens

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

La greffière | La présidente

Janine BOFFI | Karine STECK

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