

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/101/2010

ATAS/937/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 15 septembre 2010

En la cause

Madame D _____, domiciliée à CAROUGE, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître ZUFFEREY
Georges

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame D _____, née en 1967, est d'origine tunisienne. Elle est arrivée en Suisse en 1988 et a acquis la nationalité suisse la même année par mariage. Elle est mère de cinq enfants nés en 1990, 1993, 1995, 2001 et 2004 de cinq pères différents. Actuellement, elle vit avec quatre de ses enfants, sa fille née en 1990 étant chez son père. En Tunisie, elle a suivi la scolarité jusqu'au baccalauréat. Depuis son arrivée en Suisse, elle a travaillé comme dame de buffet, vendeuse, garde d'enfants malades à domicile, comme monitrice d'enfants à l'association des familles monoparentales, comme aide polyvalente dans une maison de repos et comme animatrice bénévole dans des maisons de retraite et comme accompagnatrice de personnes malades à l'Hôpital psychiatrique de Belle-Idée. De 1999 à 2001, elle a travaillé comme collaboratrice au Centre Genève-Solidarité comme réceptionniste, pour l'accueil et l'animation d'activités, classée par le Revenu minimum cantonal. Elle et sa famille sont actuellement entretenues par l'Hospice général.
2. Selon le rapport du 29 mai 2008 des Drs L _____ et M _____ du programme dépression de la Consultation psychiatrique de la Jonction, l'assurée souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode moyen, d'un trouble de la personnalité sans précision et d'un syndrome douloureux. Elle déclare souffrir d'un état dépressif chronique depuis l'âge de 17 ans. De fin 2004 jusqu'à fin 2007, elle a été suivie par le Dr N _____, psychiatre, lequel a retenu les diagnostics de personnalité limite et d'épisodes dépressifs. Il a instauré un traitement antidépresseur à partir de 2006. La patiente se souvient très peu de son enfance. Elle relève avoir été battue par son père et par un frère et avoir été violée entre 10 et 12 ans par un voisin. A 12 ans, elle aurait subi des attouchements par un frère. Dans le status, les médecins relèvent une présentation correcte, une diminution de la concentration et de l'attention, subjectivement et objectivement, des oublis et une anxiété non spécifique. Il y a un retrait social. Parfois, la patiente voit des ombres et sent des présences de personnes derrière elle ou a l'impression que quelqu'un l'appelle par son nom à la maison, alors qu'elle est seule. L'humeur est diminuée, selon la patiente, avec un sentiment de vide, parfois tristesse, occasionnellement irritabilité. Il n'y a pas d'idées noires, mais des difficultés à supporter la situation actuelle. Selon les médecins, il y a une discordance entre les émotions exprimées et observées, la patiente paraissant parfois très joviale, sans tristesse, mais émotionnellement distante. Le sommeil est perturbé. Les tests de dépression relèvent une dépression sévère. Le questionnaire de dépistage du trouble de la personnalité borderline donne trois critères positifs sur un total maximal de 9 points. Les médecins proposent un suivi psychiatrique à la consultation psychiatrique.

3. En juillet 2008, l'assurée est adressée par le Dr O _____ du Service d'accueil et de liaison psychiatrique au Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur. Dans son rapport du 10 juillet 2008, la Dresse P _____ de ce centre diagnostique un trouble somatoforme douloureux et un syndrome dépressif. Elle mentionne que les douleurs sont apparues progressivement depuis environ cinq ans, qu'elles étaient au début variables et inconstantes, puis sont devenues progressivement permanentes et plutôt localisées dans l'hémicorps gauche. Il n'y avait pas de facteur déclenchant particulier, si ce n'est qu'une période très difficile liée aux troubles de santé de la fille de la patiente et aux difficultés conjugales. Les douleurs sont aujourd'hui localisées dans l'épaule gauche, irradiant dans le bras, et au niveau du rachis cervical et lombaire avec irradiations dans la jambe gauche jusqu'à la cheville. Les douleurs sont décrites comme des décharges électriques d'une intensité constante à 9,5/10. Le sommeil est parfois perturbé par les douleurs. Celles-ci limitent la marche et tout effort physique, même modéré. Malgré tout, la patiente assure le soin de ses trois plus jeunes enfants et le ménage. Quand elle le peut, elle se détend en s'allongeant l'après-midi ou en allant boire un café. L'immobilité comme les mouvements et le stress aggravent les douleurs fortement. Une physiothérapie faite il y a quatre ans était restée sans effet. La prise de paracétamol diminue les douleurs pendant environ deux heures. Depuis 10 jours environ, elle vient de débuter un traitement anti-dépresseur qui n'a pas encore amélioré son psychisme. Elle vit avec son dernier mari qui travaille sur appel. L'assurée doit affronter seule un grand stress tant vis-à-vis des enfants, dont une fille souffre d'épilepsie et le cadet d'asthme, que du point de vue financier. A l'examen clinique, la Dresse P _____ constate que l'intéressée marche avec une canne pour soulager le pied gauche, mais peut marcher sans canne également. Le status ne confirme pas une fibromyalgie. Les douleurs semblent être liées au stress. La Dresse P _____ préconise l'augmentation du dosage du traitement antidépresseur ainsi qu'une physiothérapie en piscine chaude. Elle relève par ailleurs que les problèmes psychosociaux semblent être actuellement au premier plan.
4. Par demande reçue le 22 janvier 2009, l'intéressée requiert des prestations de l'assurance-invalidité.
5. Selon le rapport du 3 février 2009 de la Dresse Q _____, généraliste, l'assurée souffre d'une fibromyalgie et d'un état dépressif. Elle se plaint de douleurs multiples musculaires et articulaires. La Dresse Q _____ ne se sent cependant pas en mesure de répondre aux questions concernant la capacité de travail. Elle relève de multiples limitations dans les positions assise et debout, même en alternance. La capacité de concentration et de compréhension n'est pas limitée. Toutefois, tel est le cas pour la capacité d'adaptation.
6. Dans son rapport du 10 février 2009, le Dr R _____ émet les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile et de trouble dépressif récurrent,

épisode actuel moyen. Il suit la patiente depuis le 1^{er} octobre 2008. Celle-ci a consulté les Urgences de psychiatrie en avril 2008, dans le contexte d'une péjoration clinique. Puis, elle a été adressée à la Consultation psychiatrique à partir de juillet 2008 pour une prise en charge au programme général. Dans le status, le médecin note que la patiente a une thymie triste avec une anhédonie et une abolie, une anxiété et une irritabilité fluctuante, avec une diminution du temps du sommeil. Elle ne présente pas d'idées suicidaires. Dans les plaintes subjectives, le médecin note qu'elle se plaint surtout de douleurs somatiques et de difficultés à gérer sa vie quotidienne. Le pronostic du Dr R_____ est réservé, tant que le suivi psychiatrique de la patiente et sa prise en charge médicamenteuse ne sont pas stabilisés. Dans les limitations, il note un trouble de la concentration, une instabilité dans les relations interpersonnelles, une instabilité de l'humeur et une abolie. Elle a des difficultés à maintenir un emploi, en raison de ses problèmes dans les relations interpersonnelles. La capacité de travail est nulle depuis le 7 juillet 2008 à ce jour.

7. Dans son rapport du 22 mai 2009, le Dr O_____ mentionne le diagnostic de trouble dépressif moyen récurrent depuis l'adolescence et un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis 2003. La capacité de travail est nulle depuis le 11 avril 2007 à ce jour. Dans les limitations, il indique des difficultés de concentration, de mémoire, une diminution marquée du seuil de tolérance au stress, lequel est source de difficultés relationnelles. Les limitations ne peuvent pas être réduites par les mesures médicales et on ne peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail.
8. Le 20 juillet 2009, l'assurée fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au Service médical régional AI pour la Suisse romande (SMR). Dans le rapport du 14 août 2009, les Drs S_____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, et T_____, psychiatre, posent les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques du rachis, de périarthrite scapulo-humérale (PSH) gauche, de syndrome rotulien bilatéral et d'épisodes récurrents de dépressions réactionnelles d'intensité moyenne, en rémission complète. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils citent un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, non décompensé, et autres difficultés liées à une enfance malheureuse. De l'anamnèse, il ressort notamment que, pendant la grossesse et l'accouchement de sa fille en 2001, elle a présenté des problèmes d'humeur avec des pleurs fréquents, raison pour laquelle elle a arrêté de travailler. Elle a également déclaré ne plus travailler, dès lors qu'elle doit s'occuper de ses quatre enfants. Les douleurs se sont progressivement aggravées. L'assurée dit être fatiguée le soir, mais être très active pendant la journée, s'occupant de ses enfants. Elle signale une intolérance au bruit et qu'elle a de la peine à se trouver dans une foule. Concernant sa vie quotidienne, les médecins indiquent qu'elle se lève à 7h, prépare le petit-déjeuner pour ses enfants, puis les accompagne à l'école. Elle s'occupe ensuite du ménage, fait la lessive, passe l'aspirateur deux à trois fois par

semaine et fait les courses une fois par jour. Elle ne repasse pas. A midi, elle prépare le repas. Elle ne fait pas de sieste. Dans l'après-midi, elle boit un café et s'occupe des enfants. Sa vie sociale est pauvre, ne voyant que rarement ses amies et connaissances. Son mari vit "en célibataire" et sort toujours seul. Au status, les médecins notent qu'il s'agit d'une femme en état général conservé, participant de manière adéquate à l'entretien et étant démonstrative à l'examen clinique. Elle peut rester assise pendant environ 50 minutes consécutives sans gêne particulière. Le déshabillage et l'habillage se font de manière fluide et elle n'applique aucune mesure de protection rachidienne. Dans le status psychiatrique, il est noté que l'assurée est correctement habillée, soignée de sa personne, collaborante et orientée aux trois modes. Le médecin psychiatre n'a pas objectivé des troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention ni de ralentissement psychomoteur. L'humeur est euthymique, par moment triste, lorsque l'assurée est confrontée à son bilan existentiel actuel. Ses traits dépressifs ne permettent pas de retenir un trouble spécifique de ce registre. L'appétit et la libido sont normaux. Quant au trouble de la personnalité, il n'est pas grave, il n'a pas de valeur invalidante. Par ailleurs, en l'absence d'un véritable sentiment de détresse, les médecins n'ont pas retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant. Ils estiment que l'assurée présente une amplification verbale de plaintes somatiques sans aucun signe de souffrance objectivable et sans toucher l'examineur. Après une rechute dépressive en avril 2008, la thymie s'améliore progressivement depuis juillet 2008. Pour cette affirmation, les médecins s'appuient sur le rapport de la Dresse P _____ qui a renoncé à proposer à la patiente la participation à un groupe de thérapie cognitivo-comportementale, dès lors que les problèmes psychosociaux semblent être au premier plan. Selon les médecins du SMR, les symptômes dépressifs sont réactionnels à des conflits de couple et aux problèmes financiers. Ils sont suivis d'une nette amélioration, qui a permis à l'assurée de remonter la pente, de refaire sa vie et d'assumer ses responsabilités. Ses épisodes dépressifs réactionnels ne représentent pas une pathologie psychiatrique chronique à caractère incapacitant. Le trouble de la personnalité non décompensé explique certaines difficultés dans la vie privée de l'assurée, mais n'a aucune incidence sur sa capacité de travail. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : nécessité d'alterner deux fois par heure des positions assise et debout, absence de soulèvement régulier de charges de plus de 5kg, de port régulier de charges de plus de 12kg, de travail en porte-à-faux statique prolongé, d'exposition à des vibrations, d'élévation ou d'abduction de l'épaule gauche à plus de 60°, de genuflexions répétées et de franchissement régulier d'escabeau, échelles ou escaliers. Du point de vue ostéo-articulaire, il y a une incapacité de travail de 50 % depuis le 11 avril 2007 dans l'activité habituelle de collaboratrice d'un centre de jeunes. Toutefois, dans une activité strictement adaptée, la capacité de travail est complète. Sur le plan psychiatrique, il y a une amélioration progressive de l'état de santé. Depuis le 10 juillet 2008, il n'y a plus d'incapacité de travail.

9. Le 27 octobre 2009, une enquête économique sur le ménage est réalisée. L'assurée déclare à l'enquêtrice que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 40 %, sa priorité étant les enfants dont elle tient à s'occuper le mieux possible. Ses enfants ont beaucoup de problèmes de santé, un enfant étant asthmatique, une fille épileptique et une autre dépressive (cinq tentamens). Concernant les empêchements dans le ménage, il est notamment mentionné que l'assurée ne rencontre pas de problème particulier pour l'organisation du ménage, même s'il y a parfois des oublis. Elle peut préparer les repas pour toute la famille, tout en étant plus lente. Parfois, elle prépare des plats africains, des tajines. Elle ne peut plus faire les gros travaux de nettoyage ni passer l'aspirateur. Elle se contente de balayer. Personne ne fait les vitres et les grands nettoyages. Elle peut changer la literie. Elle s'est toujours occupée du travail administratif. Avec les enfants, elle ne fait plus d'activité sportive, mais peut les aider pour leurs devoirs. Les empêchements dans la sphère ménagère représentent 9,5 % selon l'enquêtrice, en tenant compte de l'aide apportée par les enfants.
10. Le 29 octobre 2009, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) communique à l'assuré un projet de décision de refus de rente d'invalidité. Il retient que, sur la base des avis médicaux, qu'elle est en incapacité de travail à 50 % depuis le 11 avril 2007. Ce taux étant supérieur au taux auquel elle aurait travaillé sans invalidité (40 %), le taux d'invalidité est nul dans l'exercice d'une activité lucrative. Le taux d'empêchement dans le ménage n'étant que de 9,5%, son degré d'invalidité global est insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente ou à des mesures de reclassement.
11. Par courrier du 23 novembre 2009, l'assurée s'oppose à ce projet, par l'intermédiaire de son conseil. Se fondant sur les rapports des Drs R_____ et DI O_____, elle fait valoir qu'elle présente une incapacité de travail totale, de sorte qu'elle a droit à une rente d'invalidité entière pour une durée indéterminée.
12. Par décision du 30 novembre 2009, l'OAI confirme son projet de décision.
13. Par acte du 12 janvier 2010, l'assurée recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, sous suite de dépens. Subsidiairement, elle demande l'audition des Drs U_____ et O_____, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise médicale. Plus subsidiairement, elle demande l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle ou de mesures de reclassement. Elle relève que les médecins qui la suivent depuis plusieurs années ont toujours posé les diagnostics de trouble dépressif, trouble de la personnalité et trouble douloureux somatoforme persistant. Selon leurs avis convergents, sa capacité de travail est nulle. Elle estime par ailleurs que l'intimé a interprété à sa façon et de manière erronée les dates d'incapacité de travail mentionnées dans le rapport du SMR du 14 août 2009. Elle conteste en outre l'affirmation du SMR, selon laquelle l'état dépressif moyen ne

représente pas une pathologie psychiatrique sévère et ne justifie qu'une capacité de travail à 50 %. Concernant le trouble somatoforme douloureux, elle fait valoir qu'elle ne dispose pas des ressources nécessaires pour surmonter les douleurs, en raison du trouble dépressif de gravité moyenne à sévère depuis l'adolescence, sans rémission durable.

14. A l'appui de son recours, la recourante produit le rapport du 30 septembre 2009 de la Dresse U_____, cheffe de clinique au Service de rhumatologie des HUG. La recourante lui a été adressée par le Dr O_____ en raison des douleurs de l'hémicorps gauche. Dans le rappel anamnestique, cette praticienne mentionne que les douleurs se sont exacerbées ces trois dernières années. Elles sont permanentes, jour et nuit, avec des phases d'exacerbation. Le bilan biologique ne montre aucun syndrome inflammatoire, le bilan phosphocalcique est dans les normes et il n'y a pas de déficit en vitamine D. La Dresse U_____ a pratiqué une synthigraphie osseuse qui n'a pas montré d'éléments suggérant une algoneurodystrophie ni d'autres éléments évocateurs d'une arthropathie. Il n'y pas de diagnostic rhumatologique clair pouvant expliquer les douleurs présentées par la recourante. La Dresse U_____ suppose dès lors un syndrome douloureux chronique et propose l'association d'un traitement médicamenteux et de physiothérapie, accompagné d'une augmentation de l'activité physique aérobique (marche, vélo, natation) et des exercices de renforcement musculaire et de stretching.

15. La recourante verse aussi à la procédure un rapport du 9 décembre 2009 de la Dresse P_____. Celle-ci pose les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et d'état anxio-dépressif. Il ressort de l'anamnèse en particulier que les douleurs avaient cessé en 2008, lorsque la recourante était enceinte. La grossesse s'est toutefois terminée en novembre 2008 par une fausse couche à 3,5 mois, ce qui a provoqué une recrudescence des douleurs. Dans la même période, entre septembre 2008 et janvier 2009, sa fille de 15 ans a fait cinq tentamens provoquant un stress chez la recourante pouvant partiellement expliquer l'aggravation des douleurs. Elles sont diminuées par le paracétamol. Les douleurs étaient évaluées entre 3/10 et 10/10. Toutefois, au moment de l'examen par la Dresse P_____, elles ont diminué depuis que la recourante a appris qu'elle est enceinte de cinq semaines. Elle présente par contre des nouvelles douleurs au niveau de la fesse gauche, sous forme de brûlures. Le médecin traitant lui a proposé de diminuer la prise de Duloxétine à 30mgr un jour sur deux. Le jour où elle ne prend pas le traitement, elle décrit une irritabilité, une anxiété et des paresthésies principalement au niveau des extrémités et une aggravation de la douleur au niveau de la fesse. A l'examen clinique, la Dresse P_____ ne constate pas de douleurs à la palpation des points de fibromyalgie. Il n'y a pas de boiterie à la marche. Dans la discussion, elle relève que l'anamnèse et le status évoquent la présence des douleurs mécaniques au niveau de la fesse gauche, probablement musculaire, en l'absence de signe d'irradiation radiculaire. Les douleurs diffuses de

l'hémicorps gauche semblent être très dépendantes du taux hormonal, puisqu'elles disparaissent lorsque la patiente est enceinte. La Dresse P _____ propose de modifier le traitement antidépresseur.

16. Le 1^{er} février 2010, la Dresse V _____ du SMR se détermine sur le recours et les pièces produites. Elle constate que la Dresse U _____ retient comme seul diagnostic des douleurs aspécifiques. Quant à la Dresse P _____, elle constate une amélioration des douleurs en décembre 2009. Le médecin du SMR relève en outre que, si les psychiatres traitants ont attesté un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne depuis l'adolescence, cette atteinte n'a pas empêché la recourante de travailler jusqu'en avril 2007. Par ailleurs, les résultats du test MADRS reflètent principalement le vécu subjectif du sujet examiné et doivent être confrontés à l'impression objective de l'examineur. Dans le cas présent, les médecins traitants eux-mêmes ont retenu une dépression d'intensité moyenne et non sévère. Cela étant, la Dresse V _____ estime qu'il n'y a pas lieu de modifier les conclusions du SMR.
17. Dans sa réponse au recours du 4 février 2010, l'intimé conclut au rejet de celui-ci, en se fondant sur l'avis médical du SMR précité. Concernant le trouble somatoforme douloureux retenu par les médecins traitants de la recourante, il relève que ce diagnostic n'a pas été retenu par les médecins qui ont examiné la recourante, en l'absence d'un véritable sentiment de détresse.
18. Entendue en audience de comparution personnelle des parties en date du 17 mars 2010, la recourante déclare ce qui suit :

"Du fait que je n'ai pas de formation, je n'ai pas trouvé du travail en Suisse, du moins pas à 100 %. J'ai été placée par le revenu minimum et j'ai alors travaillé à 70 %.

Actuellement, je suis de nouveau enceinte de mon mari. Les enfants, c'est tout ce que j'ai.

Globalement, j'arrive bien à m'occuper de mes enfants. Je suis aussi aidée par mes enfants, mon mari et ma sœur."

Elle produit par ailleurs un certificat médical du Dr O _____ du 11 mars 2010 et un courrier du 15 mars 2010 que la Dresse Q _____ a adressé à son conseil.

19. Dans le certificat médical précité, le Dr O _____ atteste qu'il suit la recourante pour la prise en charge d'un trouble dépressif majeur et d'un trouble de la personnalité non spécifié. Ce médecin atteste par ailleurs une incapacité de travail totale du 1^{er} décembre 2009 au 11 mars 2010, soit le jour de l'établissement du certificat médical.

20. La Dresse Q_____ relève, dans le courrier produit par la recourante, que celle-ci présente un état dépressif secondaire aux abus sexuels, ainsi que des douleurs diffuses et chroniques. Cette praticienne indique par ailleurs "Problème actuel : mère de 5 enfants de 5 à 19 ans, chef de famille aux revenus incertains".
21. Par ordonnance du 22 avril 2010, le Tribunal de céans ordonne une expertise psychiatrique judiciaire et la confie au Dr W_____.
22. Selon l'expertise de ce médecin du 9 juillet 2010, la recourante est atteinte d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, d'une dysthymie et d'un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission. Quant aux limitations, le trouble dépressif récurrent n'engendre actuellement pas d'incapacité de travail, dans la mesure où il est en rémission. La dysthymie peut contribuer à diminuer très légèrement le rendement. En ce qui concerne le trouble de la personnalité, l'expert expose que la distinction faite par le SMR entre trouble de la personnalité "compensée" et "décompensée" lui est inconnu. Un trouble de la personnalité correspond à une fragilité structurelle de la personnalité qui est présente durant tout l'âge adulte et se manifeste dès la fin de l'adolescence au plus tard et pendant toute la vie adulte par des dysfonctionnements comportementaux, émotionnels et relationnels permanents. Donc, un tel trouble existe ou n'existe pas. Seule la gravité peut varier d'un sujet à l'autre. La gravité et la sévérité d'un tel trouble s'apprécient sur la base des dysfonctionnements émotionnels/relationnels qui le caractérisent, comme des gestes auto-agressifs, l'impulsivité, des conflits à répétition, etc... La gravité d'un trouble de la personnalité dépend également de la sévérité et de la récurrence des comorbidités psychiatriques "conjoncturelles" (épisodes dépressifs, troubles anxieux, abus de substances, troubles du comportement alimentaire, épisodes psychotiques transitoires, etc...). Lorsque ces comorbidités se traduisent par des épisodes à répétition, sans répit d'une certaine durée entre les épisodes pathologiques, le risque est grand que le patient n'arrive pas à se réinsérer dans la vie active. C'est là éventuellement la signification du trouble de la personnalité "décompensée" au sens du SMR. En ce qui concerne l'expertisée, la comorbidité du trouble borderline est actuellement peu sévère, dès lors qu'elle se borne à une dysthymie, à savoir une dépression chronique d'intensité modérée. Quant au trouble borderline, il est de sévérité moyenne. La dispersion, l'impossibilité et l'émotivité imputable au trouble borderline sont susceptibles d'interférer avec l'exercice d'une activité professionnelle. Cependant, l'expertisée est capable de gérer un ménage avec trois enfants, de mener avec relativement de soins une grossesse, de surfer sur Internet, de se faire livrer des commissions à domicile et de faire appel à des aides si nécessaire. Cela étant, l'expert estime que le rendement est diminué de 40 % dans une activité adaptée à l'état physique de l'expertisée et cela depuis le début de la prise en charge psychiatrique aux HUG, soit avril 2008. L'incapacité de travailler n'est par ailleurs pas due à des facteurs psycho-sociaux ou culturels, mais à des troubles psychiques ayant valeur de maladie. Enfin, le traitement médical est adéquat et la compliance optimale.

23. Dans son avis médical du 3 août 2010, la Dresse A_____ propose de suivre l'avis de l'expert en ce qui concerne la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. Dans l'activité exercée précédemment, il y a lieu de se fonder sur les conclusions du SMR, selon lequel la capacité de travail est de 50 % dans un centre de jeunes. Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, elle devrait être traduite en termes de métier par un spécialiste en réadaptation.
24. Dans sa détermination du 10 août 2010, l'intimé reprend l'avis médical du SMR précité et persiste dans ses conclusions. En effet, dans la mesure où la recourante travaillerait à 40 %, si elle était en bonne santé, elle ne subirait aucune perte de gain, ce taux d'activité étant toujours possible dans son activité habituelle.
25. Par écriture du 2 septembre 2010, la recourante persiste dans ses conclusions, en se prévalant de l'appréciation de sa capacité de travail par les Drs O_____ et Q_____.
26. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Interjeté dans les délais et forme prescrits par la loi, le recours est recevable, compte tenu de la suspension des délais entre le 18 décembre et le 1^{er} janvier inclus (art. 38 al. 4 let. c et 56 ss LPGA).
3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si la recourante peut prétendre à une rente d'invalidité.
4. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Aux termes de l'art. 7 al. 1er LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation

exigibles. L'al. 2 de cette disposition, entré en vigueur le 1er janvier 2008, précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. 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).

5. 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).
6. Selon l'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008 (art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.
7. Selon l'art. 28a LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Le Conseil fédéral fixe le revenu déterminant pour l'évaluation de l'invalidité (al. 1). L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (al. 2). Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2 pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (al. 3).

Selon l'art. 27 première phrase RAI, par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique.

En ce qui concerne l'incapacité d'accomplir les travaux habituels en raison d'une atteinte à la santé, l'enquête économique sur le ménage effectuée au domicile de

l'assuré (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans ce domaine (sur les exigences relatives à la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, voir arrêt I 90/02 du 30 décembre 2002). Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. En présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (arrêts 8C_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1 et I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 4.2.1, in VSI 2004 p. 137). Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant. Pour l'application du droit dans le cas concret, cela signifie qu'il convient d'évaluer à la lumière des exigences développées par la jurisprudence la valeur probante des avis médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3 p. 352) et du rapport d'enquête économique sur le ménage (consid. 2.3.2 arrêt I 90/02 du 30 décembre 2002), puis, en présence de prises de position assorties d'une valeur probante identique, d'examiner si elles concordent ou se contredisent. Dans cette seconde hypothèse, elles doivent être appréciées au regard de chacune des questions particulières, plus de poids devant cependant être accordé aux rapports médicaux dans la mesure où il s'agit d'évaluer un aspect médical (arrêt I 733/03 du 6 avril 2004 consid. 5.1.3; arrêt 9C 108/2009 du 29 octobre 2009).

8. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales 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. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

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 LPG), 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).

b) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

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).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

9. En l'occurrence, il y a lieu d'évaluer la capacité de travail de la recourante dans une activité lucrative et dans le ménage. En effet, elle a déclaré à l'enquêtrice qu'elle aurait travaillé à 40 %, si elle était en bonne santé.

Selon l'expert judiciaire, la recourante souffre d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, d'une dysthymie et d'un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission. Pour ce qui concerne l'activité lucrative, il estime qu'elle subit une perte de rendement de 40 %, sur le plan psychiatrique. Sa capacité de travail est donc de 60 % dans ce domaine, selon l'expert.

Il convient d'attribuer une pleine valeur probante à cette expertise, dès lors qu'elle a été rendue en connaissance du dossier médical, qu'elle repose sur des examens approfondis et prend en considération les plaintes de l'assurée. Par ailleurs, les conclusions de l'expert sont convaincantes.

Il est vrai que, s'agissant de l'appréciation de la capacité de travail, les avis des Drs O_____ et R_____ sont divergents. En effet, selon ceux-ci, la recourante présente une incapacité totale de travailler. Toutefois, indépendamment du fait que les avis des médecins traitants ont moins de crédibilité que ceux d'experts et de médecins extérieurs, il est à relever que la recourante est toujours en mesure de s'occuper de son ménage avec trois enfants. Elle n'a pas de problèmes particuliers pour l'organisation du ménage, comme cela ressort de l'enquête économique sur le ménage du 27 octobre 2009. En outre, l'expert a relevé qu'elle est capable de surfer sur internet, de se faire livrer des commissions à domicile et de faire appel à des aides si nécessaire. Il a aussi expliqué que le trouble de la personnalité était d'une sévérité moyenne et que la comorbidité de ce trouble était actuellement peu sévère. Dans ces conditions, les conclusions de l'expertise judiciaire emportent la conviction du Tribunal de céans.

Sur le plan physique, une incapacité de travail de 50 % a été retenue par les médecins du SMR dans l'activité exercée précédemment en tant que collaboratrice dans un centre de jeunes. Selon ces médecins, sa capacité de travail est entière, sur le plan physique, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. Cet avis n'est pas contredit par les médecins traitants, pour ce qui concerne les limitations physiques. En effet, si certains de ceux-ci considèrent que la capacité de travail est nulle, cela tient à des atteintes psychiatriques, comme cela ressort des rapports des Drs O_____ et R_____.

Au vu de ce qui précède, une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée peut être retenue. Dès lors que la recourante a déclaré qu'elle n'aurait travaillé qu'à 40 %, pour pouvoir se consacrer à ses enfants, aucune perte de gain ne peut être retenue pour ce qui concerne l'activité lucrative.

Quant à l'incapacité de travail dans le ménage, les empêchements dans cette sphère ne représentent que 9,5 %, en tenant compte de l'aide apportée par les enfants, selon

l'enquêtrice. Cela ne paraît pas être contesté par la recourante qui a déclaré, à l'audience de comparution personnelle, qu'elle arrive bien à s'occuper de ses enfants.

Au vu de ce qui précède, seul un taux d'invalidité de 3,8 % peut être admis (40 % de 9,5 %). Un tel degré d'invalidité est manifestement insuffisant pour ouvrir le droit aux prestations.

10. Cela étant, le recours sera rejeté.
11. Dans la mesure où la recourante plaide au bénéfice de l'assistance juridique, le Tribunal de céans renonce à percevoir un émolument de justice.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument de justice.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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