

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1199/2007

ATAS/660/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 28 mai 2008

En la cause

Madame P _____, domiciliée à MEYRIN, représentée par
Mme Christine BULLIARD, FORUM SANTE

recourante

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Madame P _____, est mariée et sans formation professionnelle. Elle a travaillé en dernier lieu, depuis le 20 juin 2001, comme employée de commande et d'emballage de produits cosmétiques. Son contrat de travail a été résilié avec effet au 30 juin 2003.
2. Pendant la grossesse de son fils, né le 27 novembre 2002, un arrêt de travail à 50 % est prescrit depuis début août, puis à 100 %, en raison de sciatalgies et douleurs dorsales invalidantes.
3. A la demande de l'assureur perte de gain de son employeur, elle est soumise à une expertise psychiatrique par le Dr A _____. Dans son rapport du 27 août 2003, l'expert mentionne, en ce qui concerne l'anamnèse, que les douleurs apparues en cours de la grossesse diminuent après l'accouchement, mais réapparaissent en février 2003, obligeant l'intéressée à faire garder son enfant par une de ses sœurs. Etant culpabilisée par cette situation, elle développe des angoisses et insomnies, ainsi qu'une symptomatologie dépressive. Elle suit également un traitement psychiatrique et médicamenteux chez le Dr B _____. En juin 2003, une tumeur du médium gauche est diagnostiquée, nécessitant une intervention chirurgicale. Au moment de l'expertise, l'intéressée continue à faire garder son enfant, mais tente de faire des promenades, des exercices et d'entreprendre des recherches d'emploi. Dans le status psychiatrique, le Dr A _____ note un abaissement de l'humeur sans perte de l'intérêt et du plaisir de manière marquée, mais une réduction de l'énergie avec une nette augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité. Il ne met pas en évidence des troubles intellectuels (concentration ou attention), mais constate une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi avec des idées de culpabilité et de dévalorisation. Il n'y a jamais eu d'idées suicidaires et les troubles du sommeil sont plus à mettre sur le compte des douleurs dorso-lombaires et des sciatalgies. L'expertisée a une difficulté à mener à bien les activités sociales, professionnelles et ménagères. L'expert estime qu'elle est en train de remonter progressivement la pente et que les troubles psychiques actuels résiduels ne sont que la conséquence de ses douleurs somatiques. En raison de sa fragilité et de son manque de confiance, l'expert estime qu'il faut lui donner encore quelques mois pour se reconstruire et lui redonner confiance. Il n'exclut toutefois pas un glissement des troubles vers un trouble somatoforme douloureux, si les douleurs se chronicisaient. Cependant, il ne perçoit pas des bénéfices secondaires ou primaires. L'expertisée ne présente par ailleurs pas de troubles de la personnalité suffisants pour expliquer la blessure narcissique ou les difficultés à gérer la situation.
4. Selon le courrier du 11 février 2004 du Dr C _____, spécialiste en médecine interne, la patiente présente un état dépressif du post-partum, ainsi que des

lombalgies chroniques. Depuis l'expertise du Dr A _____, il a essayé à plusieurs reprises de motiver la patiente à une reprise professionnelle, sans résultat. Il craint une évolution vers une sinistrose avec trouble somatoforme persistant.

5. Selon le courrier du 29 mars 2004 du Dr D _____, spécialiste en médecine interne et médecin conseil de l'assurance perte de gain, le diagnostic est un état dépressif sévère avec somatisation. L'assurée est incapable de vaquer à ses tâches ménagères et de s'occuper de son enfant. L'arrêt de travail est ainsi tout à fait justifié. Ce médecin mentionne en outre que le problème de santé s'est déclaré suite à un très important conflit au travail, l'employeur ne voulant pas verser un salaire convenu en rapport avec son temps de travail. Ceci a conduit l'assurée à déprimer et l'a fait énormément souffrir.
6. Par demande reçue le 2 juin 2004, l'intéressée requiert des prestations de l'assurance-invalidité en vue d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession ou d'une rente.
7. Dans son rapport du 21 juin 2004, la Dresse E _____, psychiatre, diagnostique des douleurs de dos depuis 2002 et un état anxio-dépressif réactionnel. Ce dernier diagnostic est sans répercussion sur la capacité de travail. L'état est stationnaire et la patiente est focalisée sur ses douleurs. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, ce médecin indique que l'intéressée est incapable de travailler à 100 %, qu'elle arrive à peine à faire son ménage et à s'occuper de son enfant.
8. Dans son rapport de la même date, le Dr C _____ diagnostique un état dépressif sévère et des lombosciatalgies chroniques. A titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, il mentionne notamment une anémie ferriprive. L'état est stationnaire. Dans l'annexe à son rapport médical concernant la réinsertion professionnelle, il indique qu'on ne peut exiger que l'assurée exerce une autre activité.
9. Dans son rapport du 5 août 2004, la Dresse F _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, diagnostique des lombosciatalgies gauches chroniques et un état dépressif. La capacité de travail est nulle depuis le 14 mai 2002. La patiente ne peut toujours pas s'occuper seule de son fils. Le traitement consiste en anti-inflammatoires et séances d'aquagym. Une prise en charge plus active sous forme d'exercices de renforcement musculaire et d'une perte pondérale serait souhaitable. Ce médecin préconise aussi la reprise d'une activité professionnelle légère, plutôt assise, avec changement de positions.
10. Le 25 août 2006, l'assurée est soumise à un examen psychiatrique par la Dresse G _____ du Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR). Ce médecin signe son rapport du 19 septembre 2006 en tant que "psychiatre FMH". Elle ne pose aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. A

titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, elle mentionne un épisode dépressif moyen avec symptôme somatique, en rémission, et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Elle ne retient pas un syndrome douloureux somatoforme persistant, en l'absence d'un véritable sentiment de détresse. Elle constate par ailleurs une divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, des divergences entre les informations fournies et celles ressortant de l'anamnèse et l'allégation de lourds handicaps, malgré un environnement psychosocial normal. Les plaintes de l'assurée laissent insensibles l'examineur. Quant à l'angoisse, elle est qualifiée d'intensité légère et les troubles phobiques n'empêchent pas l'assurée d'avoir une vie sociale normale. La capacité de travail est ainsi totale.

11. Le 15 décembre 2006, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) fait parvenir à l'assurée un projet de décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. L'assurée le contestant, elle est auditionnée par cet office en date du 9 février 2007. Elle déclare avoir peur d'assumer un travail, n'étant pas en mesure de s'occuper de son quotidien. Elle conteste majorer les symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Depuis cinq ans environ, elle a le sentiment d'avoir perdu tout goût à la vie et que tout lui échappe à la suite de la perte de son travail qu'elle aimait beaucoup.
12. Par courrier du 23 février 2007, la Dresse F_____ indique à l'OCAI que sa patiente présente des lombo-sciatalgies L5 gauche depuis sa grossesse en 2002. Les douleurs sont toujours présentes, fluctuantes selon les activités. Les examens complémentaires ont mis en évidence un rétrécissement du trou de conjugaison L4-L5 gauche, en relation avec la symptomatologie. Les anti-inflammatoires diminuent transitoirement les douleurs mais sont responsables de troubles digestifs associés à une anémie ferriprive. Du point de vue fonctionnel, la patiente ne peut pas rester debout longtemps, ne peut pas effectuer des travaux de type nettoyage et porter des charges. Elle doit par ailleurs changer régulièrement de position. Ainsi, ce médecin estime qu'une aide au reclassement professionnel et éventuellement un stage d'observation professionnelle serait souhaitable.
13. Par décision du 27 février 2007, l'OCAI confirme son projet de décision.
14. Par courrier du 6 mars 2007, les Drs H_____, chef de clinique, et I_____ du Service psychiatrique pour adultes de la Jonction des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) attirent l'attention de l'OCAI sur l'évolution médicale de la patiente durant son suivi au programme dépression qu'elle suit depuis le 13 mai 2005 dans le cadre d'une dépression sévère avec syndrome somatique, associée à un syndrome douloureux somatoforme persistant rendant quasiment nulle sa capacité de travail. Elle était également suivie à la consultation du sommeil des HUG pour une insomnie de type mixte. Les troubles

dépressifs de la patiente sont fluctuants et son status psychiatrique actuel témoigne toujours d'une dépression sévère selon le test MADRS, en dépit de divers anti-dépresseurs essayés. Elle a par ailleurs bénéficié d'une thérapie cognitive comportementale qui n'a pas amélioré son état de santé mentale "dont on ne peut ignorer l'histoire de vie chargée d'événements traumatiques". La fibromyalgie dont elle souffre constitue en outre un facteur de résistance supplémentaire au traitement. Selon ces médecins, il semble aléatoire d'envisager pour le moment une reprise de travail, même partielle.

15. Par acte posté le 23 mars 2007, l'assurée recourt contre la décision précitée 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. Elle explique que, sur le plan rhumatologique, elle souffre d'un rétrécissement du trou de conjugaison L4-L5. Les anti-inflammatoires qu'elle prend diminuent transitoirement ses douleurs mais sont responsables de troubles digestifs associés à une anémie ferriprive. Ces atteintes l'obligent à effectuer une activité sans port de charges et permettant l'alternance des positions. Sur le plan psychiatrique, elle s'est adressée tout d'abord au Dr B_____ (qui n'exerce plus depuis le 1^{er} janvier 2005). Le médecin conseil de l'assurance perte de gain lui a suggéré ensuite de changer de suivi psychiatrique et elle a alors consulté la Dresse E_____. Cette dernière l'a orientée vers la Dresse J_____ qui l'a envoyée à la consultation de la Jonction, pour une prise en charge spécifique au "programme dépression" qu'elle suit depuis le 13 mai 2005. Elle allègue ne pas arriver à faire face à ses obligations quotidiennes en raison de ses problèmes psychiatriques, lesquels s'ajoutent à des problèmes physiques. Les tâches ménagères sont essentiellement assumées par son époux et par sa sœur. Elle ne parvient pas non plus à s'occuper de son enfant. Pour le surplus, elle critique le rapport d'examen de la Dresse G_____ et lui reproche d'avoir signé ce document avec un titre qu'elle n'a pas, à savoir le titre de psychiatre FMH, ce qui met en doute la valeur probante de ce rapport. Enfin, elle souligne que son incapacité de travail totale, consécutive à un épisode dépressif, est attestée par ses médecins.
16. Par préavis du 14 juin 2007, l'intimé conclut au rejet du recours, en se fondant sur le rapport d'examen de la Dresse G_____. Il admet que celle-ci ne peut pas se prévaloir du titre de psychiatre FMH. Elle bénéficie néanmoins d'une attestation délivrée par la FMH indiquant qu'elle a accompli la formation post-graduée en psychiatrie et psychothérapie, attestation qui constitue une équivalence du titre de spécialiste FMH auquel elle ne peut prétendre, vu son diplôme de médecine roumain. Ce diplôme sera de surcroît certainement reconnu prochainement en raison de l'entrée de la Roumanie dans l'Union Européenne. La Dresse G_____ dispose en outre d'une solide expérience professionnelle acquise durant les 12 années qu'elle a passées comme médecin assistant et médecin de clinique adjoint aux hôpitaux psychiatriques de Cery et Prangins, ce qui dénote de compétences professionnelles certaines. En ce qui concerne le diagnostic de

fibromyalgie, l'intimé allègue que les critères définis par la jurisprudence du Tribunal fédéral ne sont pas remplis, pour reconnaître à cette maladie un caractère invalidant au sens de la loi.

17. En réponse aux questions posées par le Tribunal de céans par courrier du 25 septembre 2007, les Drs H_____ et I_____ répondent le 22 octobre 2007 que les éléments de vie négatifs et importants dans le développement de la maladie de la recourante sont les suivants : interruption involontaire des études scolaires pour des raisons financières à l'âge de 18 ans, dépression du post-partum avec des défaillances dans les interactions mère-enfant suite à son accouchement et incompétence maternelle notable dans les difficultés d'investissement et de cadrage actuelles de son fils, licenciement à fin mai 2003 avec perte d'autonomie financière subséquente, sciatalgies et douleurs invalidantes depuis sa grossesse et syndrome somatoforme douloureux persistant. Ces médecins ne partagent pas les conclusions du rapport de la Dresse G_____, sur la base des éléments cliniques en leur possession depuis l'admission de la patiente au programme dépression et de l'évolution fluctuante de son état en dépit d'une prise en charge combinée rigoureusement conduite, comme en témoignent les différents MADRS (échelle d'évaluation de la dépression). Ils maintiennent le diagnostic de dépression sévère sans symptôme psychotique associée à un syndrome somatoforme douloureux persistant. Sa compliance médicamenteuse est par ailleurs bonne et la persistance de la symptomatologie dépressive peut s'expliquer par la chronicisation de sa maladie, la fibromyalgie étant un facteur de résistance non négligeable. A cela s'ajoute sa personnalité dépendante et la situation financière limite du couple.
18. Par ordonnance du 15 janvier 2008, le Tribunal de céans met en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire et la confie au Dr K_____, après avoir donné la possibilité aux parties de se prononcer sur le choix de l'expert, ainsi que sur la liste des questions.
19. Selon le rapport d'expertise de ce dernier du 13 mars 2008, la recourante souffre d'un état dépressif sévère sans symptôme psychotique. Les limitations fonctionnelles en découlant sont un état permanent de perte d'énergie et d'épuisement, une perte de plaisir dans les actes de la vie quotidienne, les troubles mnésiques et de la concentration, l'irritabilité, les angoisses, les troubles du sommeil et le stress. Sa capacité de travail, en tenant uniquement compte des atteintes psychiatriques, est actuellement nulle et ceci depuis 2002. Le traitement médicamenteux est adéquat et la compliance bonne. L'expert n'arrive pas à expliquer la persistance de la symptomatologie dépressive, mais relève que de nombreuses maladies sont inguérissables chez certaines personnes et que la dépression sévère peut faire partie de ces maladies. Le trouble dépressif est en outre concomitant aux manifestations douloureuses et pourvu d'une certaine indépendance. La pathologie rhumatologique a précédé de peu la pathologie psychiatrique et les deux pathologies s'influencent mutuellement de manière

négative. Selon la description de la vie quotidienne de l'expertisée, celle-ci se lève à 7h00, après une nuit généralement perturbée par des réveils fréquents, malgré les somnifères. Après avoir pris un petit déjeuner, pour ne pas prendre les médicaments à jeun, elle réveille son fils, l'aide à s'habiller, lui prépare le petit-déjeuner et l'accompagne à l'école pour 8h. Au retour à la maison, si elle en a la force psychique et physique, elle range un peu le désordre de son fils. Autrement, elle s'allonge sur le canapé. Elle n'a pas le courage de se préparer un repas à midi et grignote tout le temps, sans toutefois être obèse. A 16h00, elle va chercher son fils et, s'il fait beau, va avec lui au parc. Autrement, elle rentre et, après le goûter, elle regarde la télévision avec son fils. C'est le mari qui s'occupe du ménage complet de la maison, lorsqu'il rentre le soir. L'expertisée ne subit par ailleurs pas une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Quant à l'état psychique cristallisé, l'expert indique que l'expertisée ne tire ni profit primaire de la maladie ni ne fuit dans celle-ci. Elle suit avec bonne volonté et espoir d'amélioration les consignes de la prise en charge psychiatrique et rhumatologique des médecins et des infirmiers. Il ne trouve aucun élément en faveur d'une exagération des symptômes pour des raisons psychologiques ni une quête d'éventuels bénéfices secondaires. Il n'y a pas de divergence entre les informations fournies par l'expertisée et celles ressortant de l'anamnèse. Quant aux ressources psychiques de l'expertisée pour surmonter les douleurs, il relève que celle-ci se trouve depuis longtemps figée dans des douleurs rhumatologiques et dans un état dépressif sévère, pathologies qui s'influencent mutuellement. Ce cercle vicieux n'est pas prêt à se relâcher pour le moment. Le pronostic de l'expert est plutôt sévère. Toutefois, l'expertisée jouit d'un bon suivi médical et psychiatrique, elle est jeune, bénéficie d'un climat familial chaleureux et puise du courage dans sa foi religieuse. Une amélioration n'est ainsi pas impossible. L'expert s'est en outre entretenu avec le mari de la recourante qui est actuellement manutentionnaire à l'Hôpital cantonal. Il confirme qu'il s'occupe du ménage quand il rentre du travail. La situation a changé du jour à la nuit, depuis que sa femme est malade et se sent inutile à la maison. La situation de la famille a également changé, puisqu'elle vit avec l'unique salaire du mari. L'expert a également pris contact téléphonique avec la Dresse L _____ du Service de psychiatrie adulte, programme dépression, des HUG. Ce médecin pose aussi le diagnostic d'état dépressif sévère et ajoute une fibromyalgie. La compliance est bonne selon cette praticienne, la patiente se rendant une fois par semaine à la consultation dépression, tout en acceptant un traitement médicamenteux. Selon l'entretien téléphonique de l'expert avec le Dr C _____, les souffrances psychiques et physiques de l'expertisée se sont plutôt aggravées depuis le début de sa prise en charge. La compliance est bonne. Quant à la Dresse F _____, elle indique à l'expert que l'assurée souffre de lombo-sciatalgies L5 gauche, avec un rétrécissement du trou de conjugaison L4-L5 gauche. Cette affection douloureuse est présente depuis sa grossesse en 2002. Les douleurs sont toujours présentes, fluctuantes selon les activités et sa patiente ne peut pas porter des charges ou doit pouvoir changer régulièrement de positions. Ce

médecin n'exclut pas qu'il s'agisse de fibromyalgie, mais pense qu'il est injustifié de poser le diagnostic d'une symptomatologie douloureuse persistante. Quant au status clinique, l'expert est frappé par la souffrance psychique et les douleurs physiques de la recourante qui semble visiblement fatiguée et affaiblie. Sur le plan cognitif, il n'a pas constaté de troubles de la conscience ni de l'orientation ni de l'attention, hormis quelques troubles mnésiques. La symptomatologie est très dépressive et anxieuse avec de nombreux sentiments de culpabilité et quelques idées suicidaires. Le stress lui a provoqué une chute de cheveux. Selon le test de Hamilton, elle souffre d'un état clinique dépressif important (score de 35 points sur 52), étant précisé qu'un score de 26 à 52 définit une dépression sévère.

20. Se fondant sur cette expertise médicale, la recourante persiste dans ses conclusions par écritures du 1^{er} avril 2008.
21. Le 9 avril 2008, la Dresse Sylvie M_____ du SMR se détermine sur l'expertise judiciaire. Elle estime que l'expert ne s'est pas prononcé de façon objective sur la capacité de travail de la recourante, mais qu'il s'est fondé uniquement sur les dires de l'assurée et ceux des médecins traitants. Par ailleurs, les critères pour un épisode dépressif sévère ne sont pas remplis, selon la CIM-10. La Dresse M_____ reproche également à l'expert de ne pas avoir discuté les critères de la jurisprudence en matière de fibromyalgie. L'expert aurait par ailleurs dû préciser les limitations fonctionnelles, leurs répercussions sur la capacité de travail, pourquoi il s'écarte des conclusions du SMR et pourquoi l'assurée malgré un épisode dépressif sévère n'a aucune perturbation de son environnement psychosocial. Partant, cette praticienne estime que l'expertise n'est pas convaincante et que ses conclusions sont totalement erronées sur le plan médical.
22. Se fondant sur l'avis précité du SMR, l'intimé persiste dans ses conclusions, par écritures du 16 avril 2008.
23. 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 genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 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.

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si la recourante souffre d'une atteinte à la santé provoquant une invalidité lui ouvrant le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.
4. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).
5. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).
6. 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 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).

b) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb).

c) 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).

d) 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).

e) 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).

f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

7. D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères

peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, 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), de 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 (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret.

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les 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 (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster).

On ajoutera que dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65; ATF A du 17 juillet 2006, cause I 297/05). La fibromyalgie a été plus particulièrement assimilée au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA du 20 avril 2006, cause I 805/04).

Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (arrêt D. du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1).

8. En l'espèce, il convient de relever que les médecins n'ont pas posé les diagnostics formels de fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux persistant. Au contraire, la Dresse F_____ considère que les douleurs sont dues à des lombo-sciatalgies gauches chroniques. Dans son rapport du 5 août 2004, elle considère que l'incapacité de travail est totale depuis le 14 mai 2002. Il semble toutefois que, pour l'appréciation de cette capacité, elle ait également tenu compte de l'état dépressif. En tout état de cause, elle préconise la reprise d'une activité professionnelle légère, ce qu'elle confirme également dans son rapport du 23 février 2007 où elle estime qu'une aide au reclassement professionnel serait souhaitable. Elle ne s'exprime cependant pas sur le degré d'incapacité de travail pour des raisons physiques dans une activité adaptée.

Il est également à relever que l'assurée n'a pas réussi à s'occuper de son enfant après son accouchement. Dans un premier temps, sa sœur cadette s'était occupée de son enfant. Par la suite, la recourante l'a confié à une crèche de 7h à 12h dans un premier temps, puis jusqu'à 16h. En outre, elle n'est pas en mesure, selon ses dires, de s'occuper de son ménage.

Sur ce plan psychiatrique, le Dr A_____ a constaté en 2003 un trouble dépressif moyen, actuellement en rémission. Il a exclu que l'expertisée recherche des bénéfices secondaires ou primaires. Quant au Dr C_____, il craignait une évolution vers une sinistrose avec trouble somatoforme persistant, dans son courrier du 11 février 2004. La Dresse D_____ a cependant diagnostiqué un état dépressif sévère avec somatisation. La Dresse E_____ a estimé que l'incapacité de travail était uniquement due aux douleurs et non pas à une atteinte psychiatrique, tout en admettant un état anxio-dépressif réactionnel. Quant à la Dresse G_____, elle a exclu toute atteinte psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail. En 2007, les Drs H_____ et I_____ du

Service psychiatrique pour adultes des HUG ont attesté une dépression sévère avec un syndrome somatique, associée à un syndrome douloureux somatoforme persistant rendant quasiment nulle la capacité de travail. L'état était fluctuant, selon ces médecins. Enfin, selon l'expert judiciaire, la recourante est affectée d'un état dépressif sévère.

En ce qui concerne la valeur probante des rapports, il convient en premier lieu de relever que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le rapport de la Dresse G_____ est sans aucune valeur probante, dans la mesure où elle n'avait pas l'autorisation d'exercer une activité à titre de médecin indépendant au moment de l'expertise et où elle s'était prévalu du titre de psychiatrie FMH, alors que celui-ci ne lui a pas été délivré (arrêt du Tribunal fédéral du 31 août 2007, cause I 65/07). Ainsi, il ne peut en être tenu compte.

Quant à l'expertise judiciaire, elle remplit en principe tous les critères jurisprudentiels précités pour lui reconnaître une pleine valeur probante. L'expert s'est notamment prononcé en toute connaissance du dossier médical et sur la base des renseignements complémentaires fournis par les médecins traitants et le mari de la recourante. Il est à cet égard inexact de prétendre que l'expert n'a pas expliqué pourquoi il estime que la capacité de travail de l'assurée est nulle. En effet, dans sa réponse à la deuxième question de l'ordonnance d'expertise, il fait état des limitations fonctionnelles consistant notamment dans un état permanent de perte d'énergie et d'épuisement, de troubles mnésiques et de la concentration, d'irritabilité, d'angoisses, de troubles du sommeil et de stress. L'expert était en outre frappé par la souffrance psychique de la recourante. A cela s'ajoute que le diagnostic de l'expert est confirmé par plusieurs autres médecins, notamment ceux de la consultation psychiatrique, programme de dépression, des HUG, de sorte qu'il n'y a aucune raison de mettre en doute ce diagnostic. La bonne compliance de la recourante a par ailleurs été relevée par tous les médecins consultés. Enfin, un trouble dépressif sévère est propre à provoquer une incapacité de travail durable, de sorte que les conclusions d'expertise paraissent convaincantes.

Concernant l'avis médical de la Dresse M_____, il ne les met pas valablement en doute. En premier lieu, cette praticienne n'est pas spécialiste en la matière, dans la mesure où elle n'est pas psychiatre. Elle n'explique par ailleurs pas en quoi les critères pour diagnostiquer un épisode dépressif sévère selon la CIM-10 ne seraient pas réalisés. Il paraît enfin difficile, voire impossible, de décréter que tel n'est pas le cas, sans avoir examiné l'assurée et sur la seule base du dossier.

Cela étant, le Tribunal de céans n'a aucune raison de s'écarter de l'expertise judiciaire et admettra par conséquent une incapacité de travail totale dans toute activité, essentiellement pour des raisons psychiatriques.

S'agissant des critères pour admettre une invalidité consécutive à un trouble somatoforme douloureux ou une fibromyalgie, il convient en premier lieu de relever que ce diagnostic n'est pas retenu par la Dresse F_____ et l'expert judiciaire. Toutefois, la question de ce diagnostic peut rester ouverte en présence d'une atteinte psychiatrique grave par sa durée et son acuité, ainsi que pourvue d'une certaine indépendance par rapport à la symptomatologie douloureuse, de l'avis de l'expert, qui entraîne à elle seule une incapacité totale de travail, tel qu'un trouble dépressif sévère depuis 2002.

Une incapacité de travail totale devant être admise, la recourante peut prétendre à une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} août 2003, soit après une année d'incapacité de travail.

9. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision attaquée annulée.
10. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui est octroyée à titre de dépens.
11. L'intimé qui succombe sera condamné à un émolument de justice de 500 fr.
12. En vertu de l'art. 89H al. 1, 2^{ème} phrase de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA), les débours peuvent être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoinne de légèreté.

En l'occurrence, le Tribunal de céans constate que l'intimé a agi avec légèreté, en fondant le refus de prestations sur un rapport médical sans valeur probante, à savoir celui de la Dresse G_____. Partant, il y a lieu de mettre à sa charge les frais de l'expertise judiciaire d'un montant de 5'000 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 27 février 2007.
4. Octroie à la recourante une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} août 2003.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens.
6. L'émolument de justice fixé à 500 fr. est mis à la charge de l'intimé.
7. Condamne l'intimé au paiement des frais de l'expertise judiciaire de 5'000 fr.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La 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