RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1347/2004 **ATAS/104/2005**

ORDONNANCE D'EXPERTISE

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

6ème Chambre

du 14 février 2005

En la cause

Madame K_____ recourante

contre

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

Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente.

EN FAIT

1. Madame K_____, née en novembre 1977, mariée et mère d'un enfant, de nationalité turque, est arrivée en Suisse le 3 septembre 1988. Dès fin septembre 1988, la doctoresse A_____ et le professeur B_____, médecins responsables du département de pédiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), ont diagnostiqué une hypothyroïdie congénitale, ce qui entraînait un retard mental léger et des problèmes psychologiques.

2. Le 20 mai 1996, ces praticiens ont rédigé un rapport à l'attention de leur consœur, la doctoresse C_____, spécialiste en médecine interne et en endocrinologie, qui devait prendre en charge l'assurée. Ils ont diagnostiqué une hypothyroïdie congénitale, des saignements vaginaux entre les règles, une énurésie périodique en 1990-1991, une hyperventilation anxieuse avec crampes douloureuses dès l'âge de 17 ans ainsi qu'une dysphagie aux solides. Ils ont relevé que ces trois dernières affections étaient certainement l'expression d'un malaise psychologique, peut-être lié à l'hypothyroïdie, mais plus probablement à des problèmes familiaux et aux difficultés d'adaptation culturelle.

3. L'assurée a effectué un début d'apprentissage de coiffeuse à l'école professionnelle de Saint-Gervais à Genève de 1995 à 1997. Elle s'est inscrite auprès de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après l'OCE) le 9 septembre 1997, son gain assuré mensuel s'élevant à 1'107 fr. Elle a bénéficié d'un emploi temporaire fédéral à l'ATELIER FEMMES du 9 novembre 1998 au 10 mai 1999.

4. Le 12 janvier 1998, elle a consulté le département de chirurgie de la main des HUG suite à d'importantes douleurs dans les mains. La doctoresse D_____ et le docteur E_____, médecins responsables du département, ont diagnostiqué des phénomènes de crampes musculaires sur possible syndrome canalaire du nerf cubital droit au coude droit.

5. Le 3 juin 1998, en raison de troubles du comportement et de menaces suicidaires, l'assurée a été adressée par la doctoresse C_____ aux HUG. Elle a été hospitalisée le même jour au département de psychiatrie de Belle-Idée pour des lésions auto infligées par utilisation d'objets tranchants. La doctoresses F_____, cheffe de clinique, et le docteur G_____, médecin assistant, ont expliqué que la patiente avait présenté lors de l'entrée en clinique une thymie triste, une perte de l'élan vital, une anhédonie, des troubles du sommeil ainsi que des idées suicidaires avec projets de défenestration. Après avoir eu un entretien avec le docteur H_____, médecin psychiatre des HUG, à qui elle avait expliqué avoir été victimes de viols dans son enfance et au terme d'un examen gynécologique ayant confirmé sa virginité, les médecins ont donné leur accord le 11 juin 1998 pour qu'elle quitte la clinique et se rende avec sa famille en Turquie afin d'y rencontrer son promis avec qui elle devait se fiancer.

6. Le 31 août 1998, le docteur J_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin-conseil de l'OCE, a expliqué qu'en raison de son affection congénitale, il était souhaitable que l'assurée fasse un travail de manutention plus léger ou dans la vente. Son affection ne laissait pas prévoir d'amélioration rapide au niveau des mains et une nouvelle orientation était à envisager.

7. Après la naissance de son fils le 9 septembre 1999, l'intéressée a tenté de travailler comme ouvrière dans une chocolaterie en novembre 2000, mais n'a conservé son emploi que quatre jours à cause de sa maladresse et de sa lenteur due au manque de force manuelle.

8. Le 20 septembre 2000, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) en sollicitant une orientation professionnelle, un reclassement dans une nouvelle profession et l'octroi d'une rente.

9. Le 20 octobre 2000, le docteur L_____, médecin traitant, a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI dans lequel il a diagnostiqué une hypothyroïdie chronique et une lombalgie-sciatalgie avec hypocalcémie. L'incapacité de travail avait été de 100 % du 19 janvier 2000 au 9 août 2000, puis de 50 % dès cette date jusqu'au 30 août 2000. Dans un rapport concernant les capacités professionnelles, le médecin traitant a relevé que l'assurée pouvait travailler en position assise mais ne pouvait maintenir une position debout plus de quatre heures par jour. Elle devait en outre éviter les positions à genoux et accroupie ainsi que les mouvements répétitifs des membres ou du dos et le travail en hauteur. La motivation pour la reprise du travail ou pour un reclassement professionnel était partielle.

10. Dans un rapport intermédiaire du 23 août 2001 et une annexe au rapport du même jour concernant la réinsertion professionnelle, le docteur L_____ a relevé que le diagnostic avait changé et que la patiente souffrait depuis début 2001 de dépression et d'hypotension artérielle. Ces nouveaux diagnostics avaient une influence sur la capacité de travail. L'activité exercée demeurait exigible à raison de quatre heures par jour, si possible en position assise. Le rendement subissait une diminution de 50 %. La capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales et par l'aménagement du poste de travail. L'assuré devait éviter de porter ou de déplacer des objets lourds

11. Le 13 novembre 2001, l'OCAI a mandaté le docteur M_____, spécialiste en médecine interne, aux fins d'expertise. Ce dernier a lui-même confié une expertise psychiatrique au docteur N_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a demandé l'avis de Madame O_____, neuropsychologue.

12. Celle-ci a procédé à trois examens neuropsychologiques les 18 mars, 15 et 22 avril 2002 afin d'évaluer les capacités intellectuelles et cognitives de l'assurée et a rédigé un rapport en date du 23 avril 2002. Elle a conclu à une efficience intellectuelle limitée, de l'ordre de la déficience légère, chez une patiente de faible niveau de scolarisation. La mémoire et le reste des fonctions cognitives n'étaient pas marquées d'éléments pathologiques.

13. Dans son expertise psychiatrique du 14 mai 2002, après avoir pris connaissance du dossier médical de l'assurée et l'avoir examiné deux fois, le docteur N_____ a diagnostiqué un retard mental léger, vraisemblablement lié directement à l'hypothyroïdie congénitale. L'examen psychiatrique complet n'avait pas permis de mettre en évidence un quelconque trouble mental, hormis le retard mental léger. Il a relevé que l'assurée possédait suffisamment de capacités cognitives et de jugement lui permettant de vivre de manière autonome. En ce qui concernait la capacité de travail, ce praticien a souligné que, sur le plan psychiatrique et compte tenu de la déficience légère de la patiente, elle demeurait entière pour des métiers pratiques et simples auxquels l'absence de formation professionnelle la conduisait (manutentionnaire, gardiennage, nettoyages, vente etc).

14. Le 11 juin 2002, le docteur M_____ a rédigé un rapport dans lequel il a posé les diagnostics d'hypothyroïdie chronique de l'âge adulte, partiellement et irrégulièrement traitée, de retard mental léger, de lombalgie commune et de tétanie des mains par hyperventilation. L'hypothyroïdie actuelle n'avait aucune influence sur la capacité de travail, laquelle était entière dans un emploi simple et pratique en raison de l'absence de formation et de compétitivité de l'assurée. En ce qui concernait la lombalgie, il n'existait aucune limitation objective ni raideur à l'examen de la colonne vertébrale. En l'absence de limitation comme d'anomalie radiologique, il n'y avait pas lieu de retenir d'entrave à la capacité de travail. Les crampes douloureuses des mains avaient fait l'objet d'un bilan approfondi et avaient été imputées à un état émotionnel exacerbé et mises en relation avec une hyperexcitabilité neuro-musculaire de type tétanie par hyperventilation. Ces manifestations étant occasionnelles et transitoires, le médecin a estimé qu'elle ne pouvait pas être retenues comme limitation à la capacité de travail.

15. Dans un rapport du 4 octobre 2002, le docteur P_____ du service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR Léman) a repris les conclusions des experts et a estimé que l'assurée était en mesure de travailler à 100 % dans une activité simple, sans formation professionnelle. Les limitations fonctionnelles étaient conditionnées par le retard mental léger et la petite taille de l'assurée. Il n'y avait aucune atteinte à la santé invalidante et des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

16. Par courrier du 27 novembre 2002, l'OCAI a informé l'assurée qu'il projetait de lui refuser toutes prestations de l'assurance-invalidité dans la mesure où les experts

avaient estimé qu'elle possédait une capacité de travail entière dans une activité simple sans formation professionnelle et qu'elle ne présentait dès lors aucune atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité.

17. Par courrier du 9 décembre 2002, l'assurée a contesté ce point de vue en soulignant que, compte tenu de son état de santé, elle ne se sentait pas apte à exercer une activité à temps complet. Elle a joint un rapport du docteur L_____, son médecin traitant, du 4 décembre 2002 attestant qu'elle souffrait d'une pathologie thyroïdienne, de tachycardies fréquentes, de pathologie rénale et lombo-sciatique et de dépression, ce qui nécessitait un traitement permanent. Le médecin a précisé que, dans son état, la patiente possédait une capacité de travail de 50 % malgré des efforts pour travailler à 100 %.

18. Le 20 février 2003, le docteur P_____ du SMR Léman a expliqué que le certificat du médecin traitant n'apportait aucun élément nouveau, les pathologies mentionnées étant connues, hormis les tachycardies et la pathologie rénale. Ces deux dernières affections n'avaient cependant jamais été mises en évidence, ni par le médecin traitant lui-même, ni par l'assurée. L'expertise bi-disciplinaire était de bonne qualité et faisait l'inventaire de divers problèmes, en particulier les problèmes thyroïdiens, lombaires et surtout psychiques.

19. Par décision du 24 avril 2003, l'OCAI a refusé à l'assurée tant l'octroi d'une rente que des mesures professionnelles en se fondant sur les motifs déjà développés dans le projet de décision du 27 novembre 2002.

20. Par courrier du 26 mai 2003, l'assurée s'est opposée à cette décision et a demandé une nouvelle expertise.

21. Le 18 juillet 2003, elle a complété son opposition sur requête de l'OCAI et a produit un nouveau certificat médical de son médecin traitant du 17 juillet 2003 attestant de la réalité de ses affections. Il ressortait de ce document que l'assurée souffrait de différentes maladies chroniques dont de maladie de la glande tyroïde et de rhumatisme cardiaque et qu'elle suivait une psychothérapie. Selon ce médecin, la capacité de travail était fortement diminuée à long terme.

22. Dans un rapport intermédiaire du 28 août 2003, le médecin traitant a relevé que l'état de santé de l'assurée était demeuré stationnaire, mais qu'il y avait eu des changements dans les diagnostics sous la forme de lombalgie chronique et de dépression. Le statut s'était aggravé avec la dépression en 2002. Les troubles psychiques nécessitaient une prise en charge psychiatrique. L'assuré était encore en incapacité de travailler à 100 % en septembre et octobre 2003 et pourrait reprendre le travail à 50 % dès le 1er novembre 2003.

23. Le 7 avril 2004, le docteur P_____ du SMR Léman a relevé avoir pris contact avec le médecin traitant le même jour, lequel avait confirmé que la situation

médicale n'avait pas changé mais que la situation sociale de l'assurée s'était dégradée. Elle était toujours suivie sur le plan psychiatrique, mais c'était le médecin traitant qui attestait des incapacités de travail. Celui-ci avait admis que, pris isolément, les différentes affections n'entraînaient pas d'incapacité de travail, mais que l'ensemble des problèmes était responsable d'un absentéisme important qui rendait une activité lucrative suivie illusoire. Le docteur P_____ a souligné que ces éléments ne remettaient pas en cause les conclusions des experts et que ses propres conclusions du 4 octobre 2002 demeuraient valables.

24. Par décision sur opposition du 7 juin 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 24 avril 2003. Il a expliqué que le docteur L_____ avait été interrogé à nouveau sur les éléments soulevés en cours de procédure et qu'il avait confirmé que la situation médicale n'avait pas évoluée. Les conclusions de l'expertise pratiquée restant valables, la décision n'était pas modifiée.

25. Par écriture du 21 juin 2004, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en expliquant que son état de santé s'était aggravé depuis 1999 et qu'elle n'était plus en mesure d'exercer une activité lucrative. Elle a conclu à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité. Hormis l'attestation du 17 juillet 2003 du docteur L_____N, elle a produit plusieurs certificats médicaux émanant du docteur Q_____ du département de psychiatrie des HUG attestant de son incapacité de travail à 100 % dès le 1er avril 2004.

26. Dans une note interne du 4 août 2004, la doctoresse R_____ du SMR Léman, remplaçant le docteur P_____, a relevé qu'elle avait pris contact téléphoniquement avec le docteur Q_____ au sujet de la recourante. Ce praticien avait confirmé suivre cette dernière depuis plusieurs mois à raison d'une fois par mois environ et avait attesté de son incapacité de travail actuelle existante depuis de nombreux mois. Il avait relevé que les troubles psychiques étaient présents depuis de nombreuses années et avaient leur fondement dans l'enfance. Il n'avait pu se prononcer sur la nécessité d'une rente de l'assurance-invalidité dans la mesure où il ne pouvait prévoir l'évolution de la capacité de travail d'ici une année. Selon ce médecin, l'assurée présentait un probable trouble de la personnalité de type borderline, un trouble anxieux et un trouble dépressif. Toutefois, il était encore trop tôt pour se prononcer précisément sur l'atteinte à la santé, l'assurée n'étant pas vue dans ce but.

27. Dans une note à l'OCAI du même jour, la doctoresse R_____ a résumé son entretien téléphonique avec le docteur Q_____ et a estimé que l'assurée n'avait pas présenté de péjoration de son état de santé depuis l'expertise du docteur N_____. Elle a relevé que ce qui avait été rapporté par le docteur Q_____ consistait en une appréciation différente de l'atteinte à la santé, mais surtout de la capacité de travail, qui pouvait s'expliquer par les liens de confiance

qui unissait la patiente à son médecin traitant. Quant à l'attestation du docteur L_____N, elle n'apportait aucun élément nouveau permettant de s'écarter de l'expertise du docteur M_____. Dans cette mesure, les conclusions du SMR Léman du 4 octobre 2002 et du 20 février 2003 étaient toujours valables.

28. Par préavis du 10 août 2004, l'OCAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il a souligné que, de l'avis du SMR Léman et des expertises effectuées en cours d'instruction, la recourante ne présentait aucune pathologie susceptible d'entraver durablement sa capacité de travail et, partant sa capacité de gain. Les expertises réalisées par les docteur M_____ et N_____ possédaient une pleine valeur probante, répondant en tout point aux critères de la jurisprudence en la matière. Elles n'avaient pas à être remises en cause par l'appréciation différente émanant du médecin traitant dès lors que son avis était en général plus favorable à l'assurée en raison des liens de confiance qui l'unissait à sa patiente. Par ailleurs, les docteurs L_____ et Q_____ avaient été contacté par le SMR Léman et ceux-ci ne disposaient d'aucun élément nouveau permettant de remettre en question les expertises.

29. Par réplique du 10 septembre 2004, la recourante a intégralement persisté dans ses conclusions et a relevé qu'elle était suivie par le docteur Q_____ auprès duquel il fallait s'adresser pour d'éventuels renseignements médicaux. Elle a produit un rapport médical du 28 juillet 2004 établi par les docteurs E_____ et S_____ de l'unité de chirurgie de la main des HUG. Ces praticiens avaient diagnostiqué une compression du nerf médian au canal carpien droit ainsi qu'une probable compression du nerf cubital au défilé épitrochléo-olécrânien droit.

30. Appelé à se déterminer le 7 octobre 2004 par le Tribunal de céans sur le cas de la recourante, le docteur Q_____ du département de psychiatrie adulte des HUG a diagnostiqué le 28 octobre 2004 un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques ainsi qu'une personnalité émotionnellement labile, type impulsif. L'état de santé de l'assurée entraînait une incapacité de travail depuis mai 2003 de 100 % et il s'était péjoré depuis le 14 mai 2002, date de l'expertise réalisée par le docteur N_____.

31. Le 24 janvier 2005, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il avait l'intention de confier une expertise au Dr T_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, rue de l'Athénée 22, 1206 Genève et leur a fixé un délai pur qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert ainsi que sur la mission d'expertise.

32. Le 28 janvier 2005, l'OCAI a répondu qu'il n'avait pas d'observation à formuler. Quant à la recourante, elle n'a pas répondu à la demande précitée.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (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 trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let a LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) 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 la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, 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). C'est pourquoi les procédures introduites après le 1er janvier 2003 devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. Le recourant a dès lors respecté le délai de recours en déposant son écriture le 21 juin 2004, la décision sur opposition lui ayant été notifiée le 7 juin 2004. Partant, interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable conformément aux art. 56, 59 et 60 LPGA.

5. Sur le fond, le Tribunal de céans relève que, la décision litigieuse ayant été rendue en date du 7 juin 2004 mais statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à fin 2002, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de

la LAI et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur.

6. Le litige porte sur la question de savoir s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire dans la mesure où l'expertise du docteur N_____ date du 14 mai 2002 et celle du docteur M_____ du 11 juin 2002 et que la recourante a notamment allégué le 26 mai 2003, juste après la décision de l'OCAI du 24 avril 2003, qu'une nouvelle expertise devait être réalisée parce que sa capacité de travail était fortement diminuée.

   a) L'art. 4 al. 1 LAI stipule que l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumé 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. 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) (ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

   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).

   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 (judiciaire) le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise

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 effet, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, 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).

Meine souligne que l'expertise doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (Meine, L'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles ? in RSA 1999 p. 37 ss). Dans le même sens, Bühler expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (Bühler, Erwartungen des Richters an den Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567 ss).

b) En l'espèce, ainsi que l'OCAI l'a relevé à juste titre, force est de constater que les deux expertises en cause répondent aux critères de la jurisprudence et qu'elles possèdent toutes deux une pleine valeur probante.

En effet, toutes deux se fondent sur des examens cliniques complets (cf. p. 4 et 5 de l'expertise du docteur M_____ du 11 juin 2002 et p. 5 à 7, expertise du

docteur N_____ du 14 mai 2002), prennent en considération les plaintes exprimées par la recourante (p. 3, expertise du docteur M_____ et p. 4, expertise du docteur N_____) et décrivent le contexte médical de manière détaillée (cf. p 2 et 3, expertise du docteur M_____ et p. 3, expertise du docteur N_____). En outre, les deux expertises comprennent une anamnèse minutieuse du cas de la recourante (cf. p.1 expertise du docteur M_____ et p. 1-2 expertise du docteur N_____) ainsi que des appréciations médicales claires et précises basées sur des diagnostics posés dans le cadre d'une classification reconnue et aux conclusions bien motivées (cf. p. 6, expertise du docteur M_____ et p. 6 à 10, expertise du docteur N_____).

Force est cependant de constater que l'expertise du docteur N_____ du 14 mai 2002 est ancienne, notamment au regard des derniers rapports médicaux établis tant par le médecin traitant, le docteur L_____ que par le docteur Q_____. En effet, dans un rapport intermédiaire du 28 août 2003, le médecin traitant avait déjà précisé que l'état de santé de la recourante était demeuré stationnaire mais qu'il y avait eu des changements dans les diagnostics sous la forme de lombalgie chronique et de dépression. Le statut s'était aggravé avec la dépression en 2002 et les troubles psychiques nécessitaient une prise en charge psychiatrique. Ensuite, dans sa note interne du 4 août 2004, la doctoresse R_____ a expliqué qu'elle avait pris contact avec le docteur Q_____ et que ce praticien avait confirmé suivre la recourante depuis plusieurs mois tout en attestant d'une incapacité de travail depuis de nombreux mois. Ce praticien lui avait expliqué que l'assurée présentait un probable trouble de la personnalité de type borderline, un trouble anxieux et un trouble dépressif, mais qu'il était trop tôt pour se prononcer précisément sur l'atteinte à la santé. Enfin, sur question du Tribunal de céans du 7 octobre 2004, le docteur Q_____ a diagnostiqué le 28 octobre 2004 un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques ainsi qu'une personnalité émotionnellement labile, type impulsif. Il a notamment relevé que l'état de santé de l'assurée entraînait une incapacité de travail depuis mai 2003 de 100 % et qu'il s'était péjoré depuis le 14 mai 2002, date de l'expertise réalisée par le docteur N_____.

Au vu de ces explications, il y a lieu de constater qu'une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise psychiatrique s'avère nécessaire dans le cas d'espèce, dès lors qu'il apparaît vraisemblable que la recourante ait vu son état s'aggraver depuis mai 2002, soit antérieurement à la décision litigieuse.

Il appartiendra à l'expert de poser un diagnostic clair en se conformant aux critères mentionnés par la jurisprudence et de déterminer si et dans quelle mesure on peut exiger de la recourante qu'elle mette en oeuvre toute sa volonté pour réintégrer le monde du travail. Il se prononcera notamment sur la date d'apparition d'une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante et examinera également l'opportunité d'instaurer des mesures de réadaptation professionnelle.

L'expertise sera confiée à le docteur T_____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, rue de l'Athénée 22, 1206 Genève.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ

Préparatoirement :

1. Ordonne une expertise psychiatrique ;

2. La confie au docteur T_____ ;

3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : prendre connaissance de l'intégralité du dossier médical de la recourante, examiner cette dernière, s'entourer si nécessaire d'autres avis en particulier des médecins dont les rapports figurent au dossier, effectuer toutes investigations complémentaires nécessaires, cela fait rendre un rapport d'expertise comprenant :

   1. Anamnèse (familiale, personnelle, actuelle, systématique, psychosociale, professionnelle).

   2. Données subjectives de la personne (description des plaintes).

   3. Constatations objectives.

   4. Diagnostics (avec influence essentielle sur la capacité de travail et sans influence essentielle sur la capacité de travail).

   5. Au vu du diagnostic y a-t-il eu modification de l'état de santé de Mme K_____ depuis les rapports des Drs. N_____ et M_____ des 14 mai et 11 juin 2002 ? Si oui, décrire cette modification.

   6. Appréciation du cas.

   7. Quelles sont les limitations dues à l'atteinte à la santé ?

   8. S'agissant de la capacité de travail, répondre aux questions suivantes :

   - Quelle est la capacité de travail actuelle de Mme K_____ ? Cette appréciation est-elle la même à la date de la décision sur opposition de l'OCAI (7 juin 2004) ?

   - Une activité est-elle exigible de l'assurée ? Si oui laquelle, à quel taux et à quel rendement ?

- Quel est votre pronostic ?

- La capacité de travail peut-elle être améliorée par un traitement médical ? Si oui lequel et dire si ce traitement est, du point de vue médical, exigible de l'assurée ?

- Quelle est la durée nécessaire du traitement ?

- Quelle capacité de travail peut-on espérer par la suite ?

- La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures d'ordre professionnel ?

- Un reclassement professionnel est-il judicieux ?

- Quelle capacité de travail peut-on espérer dans un emploi adapté ?

- L'assurée a-t-elle conservé une bonne intégrité sociale ?

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 10 jours dès sa notification par plis 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 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 :
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

La secrétaire-juriste :
Flore PRIMAULT

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