

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/179/2006

ATAS/1000/2006

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 8 novembre 2006

En la cause

Madame S _____, domiciliée , 1219 LE LIGNON,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
BRATSCHI Gilbert

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis
rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13

intimé

**Siégeant : Madame Maya CRAMER, Présidente, Mesdames Juliana BALDE et Karine
STECK, Juges**

EN FAIT

1. Madame S _____, née le 1977 et d'origine kosovare, est venue s'établir en 1990 avec ses frères et sœurs, ainsi que ses parents en Suisse. Elle est mariée et mère de trois enfants nés en 1996, 2000 et 2004. Elle a travaillé en qualité de femme de chambre, de nettoyeuse et d'aide soignante. En dernier lieu, elle était engagée du 1^{er} mars au 14 juin 2002 en tant qu'aide soignante à la Maison de Vessy à 100%, période entrecoupée par des incapacités de travail du 22 mars au 5 avril 2002 et du 11 avril au 7 mai 2002. Par intermittence, elle a bénéficié d'indemnités de chômage.
2. De 1996 à 1998, elle est suivie à la consultation psychiatrique pour adultes de la Jonction.
3. Le 19 août 1998, elle fait l'objet d'une investigation à la Division des urgences médico-chirurgicales (DUMC) des ("établissement hospitalier"), suite à une crise hystérisforme.
4. Selon le rapport du 28 août 1998 de la Dresse A _____, l'intéressée est hospitalisée au Département de psychiatrie des "établissement hospitalier" du 25 au 26 août 1998. A titre de diagnostic principal est mentionné un trouble anxieux et dépressif mixte et, à titre de comorbidité, des convulsions dissociatives. A sa sortie, elle bénéficie d'un traitement anti-dépresseur et anxiolytique.
5. Selon le rapport du 28 septembre 2001 du Centre d'imagerie et de radiologie de la Servette établi par le Docteur B _____, l'intéressée est atteinte d'une hernie discale médiane (L5-S1) sans œdème radiculaire, d'une arthrose postérieure L5-S1, sans conséquence canalaire, et d'une discarthrose avec hernie discale médiane.
6. Dans son rapport du 8 mai 2002, le Dr C _____, cardiologue, mentionne que l'intéressée a présenté des syncopes sans prodrome au cours des dernières semaines, qu'elle s'est réveillée par terre et blessée plusieurs fois. Ces syncopes sont survenues en position debout, à son domicile et au travail, sans aucun facteur déclenchant. La patiente se plaint par ailleurs de palpitations, de perte de mémoire, de somnolence et de fatigue. Les diagnostics de ce médecin sont hypotension et hypothyroïdie avec probable trouble du rythme.
7. Selon l'avis de sortie du 15 juillet 2002 de la DUMC, établi par le Docteur D _____, l'intéressée souffre d'une hypotension orthostatique et d'une cystite.
8. Du 7 au 18 mars 2003, l'assurée a séjourné à la Division de rhumatologie des "établissement hospitalier". Selon l'avis de sortie de cette division, elle présente des dorso-lombalgies, sans hernie discale à l'IRM au 10 mars 2003, une hypothyroïdie,

une anémie ferriprive et une poly-allergie. L'évolution est lentement favorable mais la marche reste impossible en raison des douleurs. Le traitement médicamenteux est limité par les allergies.

9. Par demande reçue le 8 avril 2003 par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), l'intéressée sollicite des prestations d'invalidité en vue de l'obtention d'une rente.
10. Selon le rapport du 26 avril 2003 du Dr E _____, médecin traitant, sa patiente souffre de lombo-sciatalgies bilatérales sur hernie discale L5-S1, d'hypothyroïdie, d'anémie, d'hypotension avec malaises, d'allergies médicamenteuses et d'un état dépressivo-anxieux. Depuis le 22 mai 2001, elle est régulièrement en incapacité de travail totale. Dans l'annexe à son rapport médical du 26 avril 2003, le Dr E _____ indique que l'assurée est en incapacité de travail totale en raison de malaises et d'un état dépressif. On ne pourrait pas exiger qu'elle exerce une autre activité.
11. Dans son rapport du 23 septembre 2003, le Dr E _____, médecin traitant, diagnostique des troubles anxieux et dépressifs mixtes, des convulsions dissociatives, des lombo-sciatalgies bilatérales, une anémie ferriprive et une hyperthyroïdie substituée. L'incapacité de travail est de 100% pour une durée indéterminée et l'état de santé est stationnaire. Dans l'annexe de son rapport médical de la même date, il indique que l'activité exercée jusqu'à maintenant n'est plus exigible et que la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ne peut être améliorée. Selon ce médecin, on ne peut non plus exiger que l'assurée exerce une autre activité, car elle a dû renoncer à plusieurs places de travail à cause de ses crises convulsives.
12. Dans son rapport du 26 septembre 2003, le Dr F _____ de la Consultation psychiatrique pour adultes de la Servette pose les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de personnalité histrionique, probables convulsions dissociatives et d'anxiété généralisée. Il diagnostique également un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission et sans répercussion sur la capacité de travail. Dans l'anamnèse, ce médecin relève notamment que la patiente a fait appel à son service le 16 avril 2003. Elle consulte régulièrement le Dr E _____, médecin généraliste, pour des crises clastiques ou hystérisiformes. Ce médecin exclut toute crise épileptiforme. La requête de prestations AI a été déposée à la demande de son médecin traitant. Le mari de la patiente est également à l'assurance-invalidité à 50% en raison d'un accident professionnel. Selon le rapport du Dr G _____, "La patiente décrit avoir des crises clastiques pendant lesquelles elle se jette par terre, présente des mouvements des membres supérieurs et inférieurs non contrôlés. Elle se tape la tête contre les murs ou sur le sol et par moments elle peut jeter des objets qu'elle trouve autour d'elle. Elle décrit en avoir eu récemment deux à trois fois par semaine. Mme S _____ décrit

avoir depuis 1996 des crises "épileptiques" qui ont été largement investiguées par le corps médical sans aboutir à un diagnostic de pathologie épileptiforme. Actuellement son entourage est inquiet et évite de la laisser seule en raison du danger qu'elle représente pour elle-même." Le Dr F_____ indique également qu'elle a effectué un stage de coiffeuse sans avoir obtenu le certificat fédéral de capacité (ci-après : CFC). Suite au décès de son père, elle a assumé le rôle de cheffe de famille (fratrie de sept enfants) et son état psychique anxio-dépressif a commencé à se manifester. Dans le courant de l'année 2000, l'évolution était favorable sous traitement anxiolytique avec disparition de la symptomatologie anxieuse et des crises épileptiformes. Elle ne s'est plus présentée aux rendez-vous fixés par la suite à la consultation psychiatrique, à part quelques consultations en urgence en raison de la réapparition de son état anxieux et dépressif, ainsi que des crises épileptiformes. Le 2 juillet 2003, elle a été hospitalisée pendant trois jours pour observation. Sur le plan subjectif, la patiente se plaint d'une tristesse, d'une anxiété paroxystique, d'une fatigabilité, d'une hypersomnie et d'une irritabilité, ainsi que de crises hystérisiformes. Elle se plaint également d'acouphènes. Dans les constatations objectives, ce médecin mentionne que la patiente est, en dehors de ces crises, calme, collaborante et orientée aux quatre modes. Le Dr F_____ assiste à une de ses crises lors de ses consultations qui lui confirme la description que la patiente lui en avait faite. Par ailleurs, la patiente a un discours cohérent bien formulé et centré sur son trouble de comportement lors de ses crises. Elle a des soucis financiers et des problèmes de couple. Il n'y a pas de symptômes psychotiques florides ni de phénomènes de dépersonnalisation et de déréalisation. L'évolution est favorable. Le médecin estime qu'elle pourrait être orientée vers un apprentissage professionnel passant d'abord par une période d'évaluation.

13. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques du Dr F_____ annexé à son rapport précité, ce praticien indique que des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale influencent grandement l'affection actuelle. Il y a également une divergence d'opinion entre les propositions thérapeutiques formulées par les médecins et la patiente. Ces divergences ne sont pas dues à un trouble de la conscience ou un manque d'affirmation. Si les circonstances extérieures se modifient et à condition d'un suivi psychiatrique ambulatoire, le Dr F_____ pense que les troubles psychiques pourraient disparaître ou s'atténuer. Les troubles psychiques de l'assurée sont réactionnels à des événements de vie adverse. Par ailleurs, en majeure partie, l'incapacité de travail est due à des raisons socio-économiques et conjoncturelles plus qu'à une affection physique ou mentale. Le taux de l'incapacité de travail est de 0 % et la patiente pourrait bénéficier d'un reclassement professionnel.
14. Le 5 octobre 2004, l'assurée fait l'objet d'une expertise par le Dr H_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie. Dans l'anamnèse, ce médecin mentionne que, après le décès de son père, la patiente a vécu un épisode traumatisant en apprenant avec sa mère que son père avait fait contresigner par

cette dernière de faux papiers de divorce. Elle a également eu de graves conflits avec sa famille, lorsque, vers 16 ans, elle a commencé de fréquenter un de ses compatriotes. Elle aurait été enfermée durant un mois par sa famille, afin qu'elle renonce à le fréquenter. Elle a finalement conçu avec lui un premier enfant hors mariage, né en 1996. A cette époque, elle vivait encore avec sa mère, ses frères et sœurs et décrit avoir vécu une situation particulièrement hostile de la part des membres de sa famille. A l'âge de 17 ans, son père est mort brutalement sous ses yeux. En 2000, elle s'est mariée avec le père de son enfant. Dernièrement, elle a donné naissance à un troisième enfant au début de l'année 2004. Celui-ci a été placé dans sa belle-famille au Kosovo depuis quelques mois suite à des épisodes de maltraitance qu'elle a commis lors de crises convulsives. Subjectivement, elle se plaint d'épisodes récurrents de crises de convulsions dissociatives, survenant de façon non prévisible, et d'un cortège d'autres symptômes de la lignée psychiatrique (troubles du sommeil, d'agoraphobie, état anxieux, importante tristesse). Sur le plan locomoteur, elle se plaint de douleurs rachidiennes, cervicales et lombaires avec par moments des irradiations aux membres inférieurs gauches. Elle décrit des douleurs augmentées à la flexion du tronc, accompagnées de paresthésies de l'ensemble du membre inférieur gauche. Selon ses indications, elle souffre de cervicalgies depuis la période du post-partum de son dernier accouchement, ainsi que de douleurs de l'épaule gauche. Enfin, elle se plaint d'une importante asthénie. Le médecin ne constate, sur le plan locomoteur, aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. En tant que diagnostic sans répercussion sur celle-ci, il mentionne des cervicalgies et des lombalgies non organiques. Il estime ainsi, sur le plan physique, qu'il n'y a aucune limitation de la capacité de travail. Au plan social, il indique que la patiente a subi de toute évidence une situation socio-familiale traumatisante depuis son arrivée en Suisse.

15. Le 19 octobre 2004, la consultation de psychiatrie pour adultes des "établissement hospitalier" indique à l'OCAI les périodes d'arrêt de maladie suivantes :
 - du 16.09. au 5.10 1998 à 100%;
 - du 23.10. au 31.12. 1998 à 100%;
 - du 1.1. au 28.2 1999 à 100%;
 - du 12.7 au 30.11 1999 à 100%;
16. Sur la base des rapports des Drs H_____ et G_____, le Service médical régional Léman de l'OCAI (ci-après : SMR) estime, dans son rapport du 19 novembre 2004, que l'assurée présente une capacité de travail exigible de 100% dans l'activité habituelle.
17. Par décision du 26 novembre 2004, l'OCAI refuse à l'assurée tout droit à des prestations d'invalidité.

18. Le 17 septembre 2004, l'assurée forme opposition à cette décision. Dans le complément de son opposition du 27 janvier 2005, elle conclut préalablement à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et, à titre principal, à l'annulation de la décision sur opposition et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Elle fait notamment valoir que son cas est grave du moment que, très fréquemment et sans signe avant-coureur, elle est victime de syncopes et de convulsions. Dès lors, elle ne pourrait exercer une activité professionnelle. A l'appui de ses dires, elle produit une attestation médicale du 20 janvier 2005 de son nouveau médecin-psychiatre, le Dr I_____.
19. Selon cette attestation, l'assurée présente un trouble dissociatif de type convulsions dissociatives, trouble qui semble survenir en relation temporelle étroite avec des événements traumatiques et des problèmes insolubles et insupportables. Le Dr I_____ préconise la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin d'évaluer la capacité de travail. Il note également des manifestations auto-mutilatoires démonstratives, mais surtout conscientes et ritualisées. Il se pose dès lors la question du diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience traumatisante. Il ne peut se prononcer sur la capacité de travail, mais suspecte que celle-ci est sérieusement affectée.
20. Dans son rapport médical du 7 mai 2005, le Dr I_____ pose le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience traumatisante, de convulsions dissociatives et de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel sévère avec symptôme psychotique. Dans son complément anamnestique, il mentionne notamment les relations extraconjugales du père de sa patiente et les violences conjugales entre ses parents, ainsi que des altercations d'une extrême violence à la suite de l'interdiction de son père de fréquenter son futur mari. En 1995, la famille était également menacée du renvoi au Kosovo. Les crises hystériques de sa patiente se manifestent à un rythme hebdomadaire et mêlent toujours un caractère auto-agressif, voire auto-mutilatoire. Son entourage craint alors pour sa vie et celle de son plus jeune fils. Le Dr I_____ note également des crises d'angoisse, des troubles obsessionnels et compulsifs, ainsi que des troubles sévères du cours de la pensée et de la perception, qu'il attribue à un trouble dépressif récurrent. Le risque suicidaire reste présent. L'assurée lui paraît honnête, normalement intelligente et éduquée dans le sens des valeurs de notre société. Par ailleurs, elle reste bien orientée vers une perspective professionnelle à plus long terme.
21. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques de la même date, le Dr I_____ mentionne notamment que l'affection actuelle est de façon prépondérante influencée par des particularités comportementales de nature sociale, culturelle et familiale. Il n'y a pas de divergence d'opinion au sujet des propositions thérapeutiques. Le trouble psychique n'est pas induit par le surmenage. Sa patiente présente en outre un trouble de la personnalité. Les troubles psychiques sont réactionnels à des événements de vie adverse, de façon prépondérante, mais il

s'agit aussi d'un trouble développemental, ayant traversé l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte. L'incapacité de travail est uniquement due à des affections physiques et mentales. Son pourcentage est de 100%.

22. L'OCAI a soumis l'assurée à une expertise par le Dr J _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 30 mai 2005, cet expert estime qu'il n'y a aucun diagnostic psychique ayant une répercussion sur la capacité de travail. Comme diagnostics sans répercussion sur celle-ci, il mentionne un syndrome douloureux somatoforme persistant, une personnalité émotionnellement labile, type borderline, et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et économiques. La capacité résiduelle de travail est de 100% dans une activité adaptée sur le plan psychiatrique. Toutefois, à la question de savoir si l'activité exercée jusqu'ici est encore exigible, l'expert indique: "Il est difficile de se prononcer sur ce point, en raison des importantes sensations douloureuses et de la gravité des crises rapportées par l'assurée. En revanche, dans une activité adaptée, voire à domicile, elle pourrait être au minimum de quatre heures par jour, puis plus par la suite" (p. 45 du rapport, ch. 2.3). Par ailleurs, sous chiffre 2.5 à la page 45 de son rapport, il indique que l'incapacité de travail est de 100% depuis le 22 mai 2001. Au plan social, l'expert note qu'il y a des limitations tant qualitatives que quantitatives pouvant influencer la capacité de travail. La compliance n'est pas satisfaisante, selon l'expert. Parallèlement, il a soumis l'assurée à plusieurs tests psychologiques. Il a notamment effectué un inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota, 2^{ème} édition (ci-après : MMPI-2). Ce dernier test constitue, aux dires du Dr J _____, en lui-même une deuxième expertise. Aucun score obtenu dans les différents tests qui composent le MMPI-2 n'est normal. Ils sont tous largement en dessus ou en dessous des valeurs normales.
23. Dans son avis médical du 3 août 2005, le SMR estime, sur la base de l'expertise du Dr J _____, que le diagnostic retenu par ce dernier n'engendre aucune incapacité de travail. Tel n'est pas non plus le cas du trouble somatoforme douloureux, en l'absence d'une comorbidité psychiatrique significative et/ou d'une perturbation grave de l'environnement psycho-social. Quant à la diminution de rendement à laquelle l'expert fait allusion (p. 45) en cas de reprise du travail, elle est uniquement due à l'inactivité prolongée, un manque de motivation et la passivité de l'assurée. Il s'agit, selon le SMR, de facteurs extra-médicaux dont l'assurance-invalidité ne peut pas tenir compte.
24. Par décision du 16 août 2005, l'OCAI refuse une nouvelle fois l'octroi d'une rente à l'assurée.
25. Le 12 septembre 2005, l'assurée forme opposition à cette décision. Elle conteste le rapport d'expertise du Dr J _____ et se réfère notamment au certificat médical du 20 janvier 2005 du Dr I _____. Elle considère que le diagnostic de convulsions dissociatives est d'une extrême gravité et l'empêche de programmer

une quelconque activité professionnelle. Le Dr J _____ lui-même ne dit nullement qu'elle pourrait travailler immédiatement, mais au contraire estime qu'il faut la reconditionner progressivement grâce à des démarches proactives. A l'appui de ses dires, elle joint un avis de sortie du 31 août 2005 de l'Unité d'urgences psychiatriques des "établissement hospitalier", dont il résulte qu'elle y a été admise à cette date, en raison d'une tristesse et d'angoisses. Un trouble dépressif moyen, un trouble de la personnalité histrionique et un trouble somatoforme ont été diagnostiqués à cette occasion. Il y est par ailleurs indiqué, sous la plume du Dr K _____, qu'un arrêt de travail semble indispensable.

26. Le 30 septembre 2005, l'assurée, représentée par son conseil, complète son opposition, en s'appuyant essentiellement sur le courrier du 3 septembre 2005 que le Dr I _____ a adressé à son mandataire et qu'elle produit en annexe. Ce médecin mentionne qu'on observe depuis l'année 1998 des problèmes de santé aigus, invalidants et récurrents de type hystérie. Selon les connaissances actuelles, cette pathologie devrait se résoudre en quelques mois de traitement. Toutefois, la réalité est différente. Le Dr I _____ conteste le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et économiques, tout en constatant que l'expert se réfère régulièrement à des troubles hystérisiformes. Il soulève également une contradiction dans l'expertise, dans la mesure où l'expert évoque la nécessité d'un environnement professionnel adapté. L'expert mentionne en outre le risque d'évolution vers des distorsions cognitives s'autoconfirmant. Or, selon le Dr I _____ ce risque s'est déjà réalisé. Ce praticien relève enfin que l'expert note que les mesures médicales et assécurologiques devraient permettre à l'assurée de se repositionner dans un emploi stable et estime ainsi implicitement que les troubles devraient être d'abord améliorés et un environnement moins stressant aménagé. L'expertise est dès lors, de l'avis du Dr I _____, totalement contradictoire. Il atteste par ailleurs que l'assurée lui a demandé à plusieurs reprises d'établir un certificat de reprise de travail, ce qu'il a toujours refusé, considérant qu'il y a un danger vital (crises d'automutilation hystérisiformes). Le Dr I _____ a téléphoné aussi au Dr K _____, lequel a notamment écarté toute simulation de l'intéressée et constaté au contraire, sur différentes bases d'observation, qu'elle tentait de camoufler ses déficits.
27. Par décision sur opposition du 1^{er} décembre 2005, l'OCAI rejette celle-ci, en se fondant sur l'expertise du Dr J _____. Il considère notamment que les conclusions de l'expert ne lui paraissent pas en contradiction avec ses constatations cliniques. Les observations du Dr I _____ ne sont par ailleurs pas de nature à ébranler en soi les conclusions de l'expert. Ce médecin s'est contenté à contester le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et économiques sans toutefois indiquer pour quel motif.
28. Par acte du 16 janvier 2006, l'assurée recourt contre la décision sur opposition, en concluant, préparatoirement, à l'audition en qualité de témoin du Dr

I _____ et à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. Au fond, elle conclut à l'annulation de la décision sur opposition et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière à compter du 22 mai 2002, sous suite de dépens. Elle relève notamment les contradictions du rapport de l'expert J _____ et reprend son argumentation antérieure. Par ailleurs, elle rappelle les malaises répétés inexplicables dont a fait état le Dr C _____, malaises qui avaient provoqué des chutes et blessures. Ainsi, en suivant l'avis du Dr I _____, elle estime que son trouble douloureux somatoforme persistant est accompagné d'une comorbidité psychiatrique et d'autres facteurs d'une intensité telle que toute personne objective devrait se rendre compte que sa capacité de travail est fortement diminuée.

29. Le 25 janvier 2006, l'intimée se détermine sur le recours, en concluant à son rejet tout en se référant à sa décision sur opposition, quant à la motivation.
30. Par courrier du 24 avril 2006, le Tribunal de céans informe les parties qu'il a l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire et de la confier au Dr L _____, psychiatre. Il leur communique également les questions à poser à l'expert et leur octroie un délai pour se déterminer sur celles-ci, ainsi que sur le choix de l'expert, ce qu'elles font par courriers des 27 avril et 23 mai 2006.
31. Par ordonnance du 29 mai 2006, le Tribunal de céans ordonne la mise en œuvre d'une expertise judiciaire médicale et la confie au médecin précité.
32. Selon le rapport d'expertise du 31 juillet 2006 de celui-ci, la recourante est très vraisemblablement atteinte de convulsions dissociatives (F44.5). Concernant ce diagnostic, l'expert note ce qui suit :

"Le tableau clinique est dominé par des "crises" survenant de manière répétée depuis près d'une dizaine d'années. Ces crises sont d'allure épileptique ("absences" ou "syncope" avec agitation), mais sont dépourvues de substrat organique, comme les investigations somatiques et neurologiques l'ont montré. Un épisode d'"absence" et de début de "syncope" a pu être objectivé au cours du présent examen (...) y compris avec le phénomène de la "belle indifférence", typique du trouble dissociatif".

L'expertisée présente en outre un fond anxieux qui s'apparente à l'agoraphobie avec trouble panique (F40.01), trouble caractérisé par la peur de sortir seule, l'évitement des endroits pleins de monde et la survenue de bouffées d'angoisse physique. L'expert formule l'hypothèse que les phénomènes anxieux d'ordre physique (notamment l'oppression de la poitrine) soient perçus comme insupportables par l'expertisée, dans la mesure où ils lui rappellent la mort de son père dont elle a été témoin, et doivent de ce fait être immédiatement "évacués" par le mécanisme dissociatif ("fuite" dans la non-conscience). D'autres stimuli peuvent également provoquer la dissociation. L'expert n'a cependant pas diagnostiqué un épisode

dépressif. A son avis, il semble s'être agi dans le passé plutôt de phénomènes réactionnels aigus mais non durables, inscrits dans le contexte d'épisodes dissociatifs ou anxieux. Par ailleurs, l'expert diagnostique un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Il réserve le diagnostic de trouble de la personnalité, tout en relevant que le trouble dissociatif est en lui-même aujourd'hui si envahissant et spectaculaire qu'il est difficile d'évaluer pour le moment le fonctionnement psychique "habituel" de l'expertisée. Il écarte le diagnostic de majoration des syndromes physiques pour des raisons psychologiques et économiques retenu par le Dr J _____, la recourante n'ayant apparemment jamais majoré des symptômes physiques. L'expert admet que le trouble dissociatif peut comprendre une composante "volontaire". Cependant, au vu des données du dossier, des constatations effectuées lors de son examen, notamment l'épisode dissociatif bref observé, il n'apparaît pas que les troubles psychiques soient contrôlés par l'expertisée. L'incapacité de travail est actuellement totale, au vu de la gravité persistante des troubles, objectivée au cours de l'examen (épisode dissociatif). L'expert retient qu'en cas de reprise d'activité, il est hautement probable qu'une crise se déclare dans quelques jours, ce qui entraînera un arrêt de travail ou des problèmes avec l'employeur. L'agoraphobie limite également sa capacité de travail, dans la mesure où l'expertisée se sent incapable de se déplacer seule hors de chez elle. Le pronostic n'est pas favorable en raison de la durée des troubles depuis 10 ans. Une amélioration clinique permettant une reprise d'activité dans un délai prévisible semble peu probable. A cet égard, l'expert admet que l'octroi d'une rente d'invalidité risque de rendre encore plus difficile une amélioration clinique.

33. Le 25 août 2006, la recourante s'est déterminée sur le rapport d'expertise, en persistant dans ses conclusions. Elle dénie toute valeur probante à l'expertise du Dr J _____ et relève que l'évaluation de sa capacité de travail par l'expert judiciaire rejoint celle du Dr I _____.
34. L'intimé s'est déterminé le 12 septembre 2006 sur le rapport d'expertise du Dr L _____, en persistant également dans ses conclusions. Il produit avec ses écritures un avis du SMR du 22 août 2006. Dans cet avis, le Dr M _____ se détermine notamment sur les critiques de l'expertise du Dr J _____ par le Tribunal de céans figurant dans l'ordonnance d'expertise du 29 mai 2006. De l'avis de ce médecin, celle-ci n'est pas contradictoire, dès lors que le Dr J _____ dit clairement à la page 45, chiffre 2.2 de son rapport que la capacité résiduelle de travail de la recourante est de 100% dans une activité adaptée, sur le plan psychiatrique. Le Dr M _____ relève également que les résultats pathologiques du questionnaire MMPI-2 sont discutés dans le chapitre concerné et dans l'analyse critique. Concernant les "crises" présentées par l'assurée, elles ne sont pas invalidantes selon le Dr M _____. En effet, elles peuvent se limiter à une simple oscillation sur la chaise, sans chute ni perte de conscience, ainsi que l'a observé le Dr L _____. Par ailleurs, le diagnostic retenu par les deux experts, à savoir le trouble somatoforme douloureux et le trouble dissociatif, sont

très proches, dès lors qu'aussi bien les douleurs que les crises épileptiformes n'ont pas de substrat organique. Ainsi, le trouble dissociatif ne saurait constituer une comorbidité psychiatrique séparée. L'intimé relève en outre que si le Dr J _____ mentionne des restrictions importantes, dans l'appréciation de la capacité de travail, celles-ci s'inscrivent dans un registre subjectif et social, ayant trait à l'inactivité et au manque de motivation de la recourante. Sur le plan strictement médical, l'estimation d'une capacité de travail entière ne paraît cependant pas en contradiction avec ces restrictions. En ce qui concerne l'expertise du Dr L _____, l'intimé observe que ce dernier expert admet que les convulsions dissociatives sont souvent entretenues par l'existence de bénéfices "primaire" (satisfaction de besoins psychiques internes) et secondaire (gratifications effectives ou matérielles provenant de l'environnement extérieur). L'expert judiciaire estime ainsi in casu que les facteurs sociaux et culturels constituent des facteurs favorisant les troubles et les entretenant. Cela étant, l'intimé est de l'avis que des facteurs étrangers à l'invalidité sont prépondérants en l'occurrence, raison pour laquelle les troubles diagnostiqués ne sauraient être pris en considération, en application de la jurisprudence. Enfin, l'intimé propose de soumettre le rapport d'expertise du Dr L _____ au Dr J _____, afin que ce dernier se détermine sur le diagnostic retenu par l'expert judiciaire et éclaire les questions soulevées sur la teneur de ses conclusions.

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

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} 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. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. Le recours ayant été déposé dans les forme et délai imposés par la loi, il est recevable en vertu des art. 56ss LPGA.
4. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.
5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assurée (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; ATFA du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2).

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

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

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement 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 malade 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). 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).

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; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

8. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière

importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

9. En l'espèce, la recourante a fait l'objet de deux expertises psychiatriques. Cependant, dans son ordonnance d'expertise du 29 mai 2006, le Tribunal de céans a estimé que celle du Dr J_____ était contradictoire, dès lors que l'expert a déclaré que la capacité résiduelle de travail était de 100% dans une activité adaptée (p. 45 ch. 2.2 du rapport) et, d'un autre côté, indiqué qu'il était difficile d'apprécier si l'activité exercée jusqu'ici était encore exigible, en raison des importantes sensations douloureuses et de la gravité des crises de l'assurée. Même dans une activité adaptée, voire à domicile, le Dr J_____ estime que la capacité de travail est réduite (p. 45 ch. 2.3 du rapport). Il est également à relever que, sous le chiffre 2.5 à la page 45 de son rapport, le Dr J_____ admet qu'il y a une incapacité de travail de 100% depuis le 22 mai 2001 et que celle-ci existe pour une durée indéterminée (ch. 2.6 à la p. 46). A la page 51 du rapport, il mentionne "Une fois ses troubles améliorés, l'assurée devra bénéficier si possible d'un environnement peu stressant, supposant peu de contacts sociaux et une mobilisation physique d'abord limitée" et "Une fois son état de santé stabilisé, l'assurée pourra exercer à 100% une activité". Il déclare également au chiffre 3.3 de son rapport "Dans la mesure où les traitements auront été mis en place, il ne devrait pas y avoir de diminution de rendement". A cet égard, l'intimé relève que si le Dr J_____ mentionne des restrictions importantes, celles-ci s'inscrivent dans un registre subjectif et social, ayant trait à l'inactivité et au manque de motivation de la recourante. Il allègue qu'il n'en demeure pas moins que la capacité de travail est entière sur le plan strictement médical et que cela n'est pas en contradiction avec les restrictions subjectives.

Comme il ressort clairement des passages cités ci-dessus, le Dr J_____ ne fait pas état d'un manque de motivation de la recourante, mais de la gravité de ses crises, de troubles, d'un état de santé stabilisé et de traitement mis en place. Au vu des termes utilisés, son évaluation de la capacité de travail paraît objectivement contradictoire.

Dans l'ordonnance précitée, le Tribunal de céans se dit également étonné que l'expert n'a pas analysé les résultats des différents tests qui composent le MMPI-2. Certes, comme l'intimé le fait valoir dans sa détermination du 12 septembre 2006, ces résultats sont analysés aux pages 23 à 27. Cependant, en dépit des scores inquiétants du MMPI-2, aucune mention n'en est faite dans la discussion du cas qui doit en principe reprendre l'ensemble des examens, et cela sans aucune explication.

Il est par ailleurs étonnant que l'expert n'examine pas la répercussion des "crises" de la recourante sur sa capacité de travail. Sur ce plan, l'expertise paraît de surcroît incomplète.

Cela étant, le Tribunal de céans estime que cette expertise n'a pas une pleine valeur probante.

En revanche, celle du Dr L_____ remplit entièrement les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une telle valeur. Elle a notamment été établie en pleine connaissance du dossier médical et de l'anamnèse, l'appréciation de la situation médicale est claire et les conclusions de l'expert sont convaincantes, sur la base de la description du contexte médical et de l'appréciation de la situation médicale. L'expert judiciaire discute également les diagnostics retenus par les autres médecins, notamment ceux du Dr J_____.

Le Dr L_____ arrive à la conclusion que la capacité de travail de la recourante est nulle en raison des seuls troubles psychiques, à savoir des convulsions dissociatives associées à l'agoraphobie avec trouble panique. Certes, les facteurs psychosociaux et socioculturels influencent les troubles psychiques diagnostiqués. Il n'en demeure pas moins que la recourante présente une atteinte à sa santé psychique sévère qui équivaut à une maladie figurant dans une classification reconnue. De surcroît, il résulte de l'anamnèse que l'atteinte à la santé psychique est le résultat de plusieurs événements de vie adverses (relations familiales violentes et hostiles, mort subite du père) et non pas seulement d'un contexte social et culturel particulier.

L'intimé conteste, sur la base des observations de l'expert judiciaire, que les "crises" soient d'une gravité telle qu'elles justifient une incapacité de travail. Toutefois, d'une part, il convient de relever que la crise survenue en cours de l'examen par l'expert a probablement pu être maîtrisée et écourtée grâce à l'intervention de celui-ci. Il indique à cet égard "Elle se "ressaisit" cependant lorsque je la stimule en la questionnant à nouveau ..." D'autre part, ces crises ont provoqué plusieurs fois des pertes d'emploi et des difficultés familiales majeures. Elles ont donc eu des répercussions objectivement graves.

En ce qui concerne le trouble somatoforme douloureux, il s'ajoute aux autres diagnostics, lesquels motivent à eux seuls une incapacité de travail. Il n'est dès lors pas nécessaire d'examiner les différents critères dégagés par la jurisprudence pour

reconnaître un caractère invalidant à cette atteinte. En tout état de cause, le Tribunal de céans relève que des troubles dissociatifs peuvent être reconnus comme une comorbidité psychiatrique relevante à un trouble somatoforme douloureux (cf. Ulrich MEYER, La récente jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (notamment en matière de prestations d'invalidité), conférence IRAL du 9 juin 2006 pas encore publiée, p. 8).

Sur la base de l'expertise du Dr L _____, il convient dès lors d'admettre que la recourante présente une incapacité de travail totale, en dépit de son jeune âge.

10. 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).

En l'espèce, un arrêt définitif de travail est attesté à partir du 1^{er} mars 2003 par les Drs E _____ et E _____ et confirmé par l'expert judiciaire. Par conséquent, le droit à la rente est né le 1^{er} mars 2004.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui est octroyée à titre de dépens.

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

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition du 1^{er} décembre 2005 de l'intimé.
4. Octroie à la recourante une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} mars 2004.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier

Pierre RIES

La présidente

Maya CRAMER

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