

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3016/2008

ATAS/554/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 19 mai 2010

En la cause

Madame N_____, domiciliée au GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître PALLY Marlène

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame N_____, née en 1955, naturalisée suisse depuis le 28 décembre 1984, divorcée, mère de trois enfants nés en 1977, 1984 et 1988, a obtenu un baccalauréat en section scientifique à Saigon, Vietnam. Elle a suivi des cours à la faculté de droit de Saigon pendant trois ans, qu'elle a dû interrompre pour des raisons politiques. En Suisse depuis 1976, elle a obtenu une demi-licence en sciences économiques à l'Université de Fribourg.
2. L'intéressée a travaillé en 1992 comme polyvalente dans une imprimerie, puis dans les années 1997-1998 comme ouvrière aux Laiteries réunies où elle est restée 4 à 5 ans. Elle a interrompu cette activité en raison d'une problématique douloureuse chronique. Elle a pris des cours de comptabilité à la Migros puis un cours de comptabilité générale et informatique à l'Ifage du 4 mars 2002 au 28 juin 2002 et a obtenu un certificat.
3. Chômeuse en fin de droit, l'intéressée a été placée durant un an comme aide-comptable au sein de l'administration cantonale (de mai 2003 à mai 2004), puis elle a travaillé comme comptable temporaire pour la Ville de Genève (de mai 2004 au 31 mai 2005, date à laquelle l'employeur a mis fin au contrat de travail).
4. Depuis le 16 janvier 2005, l'intéressée est en arrêt de travail à 100%, selon certificat du docteur A_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
5. Le 5 avril 2006, l'intéressée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI), visant à l'octroi d'une rente. Elle a indiqué souffrir de dépression, d'un état nauséux constant, de troubles du sommeil, de migraines, de maux de dos et de jambes avec une aggravation de l'état de santé depuis janvier 2005.
6. Dans un rapport établi en date du 12 mai 2006 à l'attention de l'OAI, le docteur B_____, médecin interniste, a diagnostiqué des troubles de la personnalité, un état dépressif, des troubles du sommeil depuis au moins 1995, ainsi qu'un PSH et des cervicobrachialgies depuis 2000. L'incapacité de travail était de 100% depuis janvier 2005 et l'état de santé de sa patiente s'aggravait. Le médecin a indiqué que depuis son divorce, la patiente présentait une aggravation de troubles de la personnalité préexistants (sentiment de persécution non exclu, voire idées délirantes, à voir avec le psychiatre). Elle se plaignait de ne pouvoir s'adapter à son travail et aux contraintes. Elle présentait une grande fatigue, des douleurs dans les épaules et la nuque. Il a indiqué un suivi psychiatrique assumé par le docteur A_____, probablement à long terme, et le pronostic était réservé. Selon lui, la répercussion de l'atteinte à la santé sur l'activité exercée était d'ordre psychiatrique.

7. Le docteur A _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport médical à l'attention de l'OAI en date du 14 juin 2006. Il a diagnostiqué des troubles de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites F 43.25, des difficultés liées à l'acculturation Z 60.3, et une personnalité histrionique F 60.4. L'état de santé de l'assurée s'aggravait. Selon la patiente, sa culture de base était très intense et violente, elle avait vécu dans la sévérité et la maltraitance et avait reproduit les mêmes comportements. Elle vivait un conflit endopsychique avec les principes éducatifs de ses parents. Elle présentait des conduites d'arriérée affective, avait des croyances relatives au fonctionnement magique de l'esprit. Le trouble de la personnalité existait depuis de nombreuses années et l'assurée présentait un trouble de la conscience. L'incapacité de travail était totale, due uniquement à des affections psychiques ou mentales.
8. Le 28 novembre 2007, le même médecin a indiqué que l'état de santé de l'intéressée, en traitement médico-psychiatrique depuis septembre 2004, était demeuré stationnaire, que l'évolution allait vers une chronicité, que les mesures thérapeutiques consistaient en une pharmacothérapie et une psychothérapie et que le pronostic était très sombre. La compliance n'était pas optimale à cause de la pathologie.
9. Le docteur B _____ a également complété les données précédemment transmises dans un rapport du 4 décembre 2007. Il y a confirmé l'aggravation de l'état de santé relatée par le docteur A _____. La personnalité schizoïde et les cervico-brachialgies droites avaient une influence sur la capacité de travail de la patiente. Depuis un an, le trouble de la personnalité ne s'améliorait pas, des troubles du sommeil, des limitations fonctionnelles concernant le dos et le bras droit ainsi que l'état général sous forme d'asthénie et des troubles du comportement étaient mentionnés. La capacité de travail était nulle.

Le médecin joignait un rapport de la clinique genevoise de Montana du 11 octobre 2007 faisant suite à une hospitalisation du 2 au 17 octobre 2007. Le diagnostic principal retenu était celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec pour comorbidités une personnalité schizoïde, des douleurs lombaires chroniques et un status post-fausse couche en 1982. Dans le cadre rassurant et structurant de la clinique, du soutien médico-infirmier régulier et des entretiens avec la psychothérapeute, la patiente avait pu aborder le sujet difficile de ses relations familiales, l'abus dans son enfance par son père, la violence humaine qui l'avait accompagnée tout au long de sa vie, son mariage arrangé par sa famille, et la naissance de ses trois enfants. Elle se disait désemparée face à la vie quotidienne. Les activités organisées, associées aux séances de physiothérapie, lui avaient permis de retrouver des journées structurées et la reprise d'un rythme nyctéméral normal. L'introduction d'un traitement à doses progressives en association avec des somnifères avait permis à la patiente de retrouver un sommeil reposant.

10. Le 10 décembre 2007, l'assurée a été soumise à une IRM cervicale (pratiquée par la doctoresse C _____), qui n'a pas montré d'anomalie notable hormis une légère discopathie en regard de l'espace inter-somatique C5-C6.
11. Une échographie de l'épaule droite a été effectuée le 20 décembre 2007 par le docteur D _____, qui a conclu à des éléments modérés de conflit sous-acromial.
12. Le 11 janvier 2008, le docteur B _____ a transmis un fax à l'attention du médecin du SMR dans lequel il a posé la question d'une évolution vers un syndrome douloureux chronique. Il a par ailleurs déclaré que le côté psychiatrique lui apparaissait très prédominant.
13. L'OAI a ordonné un examen psychiatrique et rhumatologique au SMR. L'assurée a été examinée en date du 29 janvier 2008 par le docteur E _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et la doctoresse F _____, psychiatre. Dans son rapport du 14 février 2008, le SMR n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Les plaintes douloureuses cervico-brachiales droites et du membre inférieur droit, les troubles statiques du rachis et les discrets troubles dégénératifs de la colonne cervicale, les troubles mixtes de la personnalité avec traits histrioniques, immatures et émotionnellement labiles de type borderline (F 61.0) et la dysthymie (F 34.1) étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Dans l'appréciation du cas, les médecins ont relevé que l'assurée se plaignait essentiellement de cervico-brachialgies droites, de douleurs du membre inférieur droit, de dorsalgies, de céphalées, d'une certaine dyspnée et d'épisodes d'angoisses avec nausées, régurgitations acides, impression de froid et agitation. L'examen rhumatologique n'avait mis en évidence que de discrets troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire et cervicale était diminuée, mais l'assurée était très démonstrative et ne semblait pas pratiquer la mobilisation de la colonne au maximum de ses possibilités. Les examens radiologiques à disposition ne mettaient en évidence que de discrets troubles dégénératifs de la colonne cervicale, l'échographie de l'épaule droite n'avait montré que des éléments modérés de conflit sous-acromial, à l'exclusion d'argument pour une déchirure de la coiffe des rotateurs. Dès lors, la capacité de travail était complète dans toute activité professionnelle et plus particulièrement dans une activité de comptable qui ne nécessitait pas de soulèvement de charges tout en permettant une alternance des positions assise et debout. Sur le plan psychiatrique, l'examen mettait en évidence une assurée très compétente, vive et intelligente, son comportement relationnel se situant dans le registre "état limite" : le discours spontané la positionnait dans un rôle de victime, les symptômes étaient révélés avec emphase, voire avec une attitude théâtrale qui anéantissait leur crédibilité, d'autant plus que la maîtrise des symptômes était parfaite. Cette caractéristique de la personnalité, constitutionnelle chez l'assurée, était déjà présente lors de son vécu au Vietnam. Il n'y a jamais eu de décompensation dont la durée aurait permis de la considérer comme invalidante. Sur le plan de la dépression, malgré que l'assurée se sente extrêmement souffrante, cette souffrance ne correspondait pas à une

maladie dépressive telle que reconnue par les classifications internationales. Il n'avait pas été décelé d'atteinte à la santé pouvant porter préjudice à l'exercice d'une activité professionnelle. Par contre, en raison de son trouble de la personnalité, l'assurée avait tendance à apprécier d'être entourée par des personnes rassurantes, tout en formulant systématiquement des reproches à leur encontre. Le SMR a considéré que le trouble de la personnalité n'était pas décompensé et que les difficultés d'adaptation et d'acculturation n'étaient pas du ressort de l'AI. Le diagnostic de personnalité schizoïde avait au demeurant été posé par des médecins non-psychiatres. Le SMR ne niait pas le trouble de la personnalité ni la souffrance personnelle, mais l'évaluation systématique et spécialisée se dirigeait vers une personnalité histrionique et une souffrance ne relevant pas de la maladie dépressive. Il n'y avait donc pas d'atteinte à la santé d'ordre psychiatrique qui pouvait justifier l'arrêt de travail depuis le 17 janvier 2005. L'assurée n'avait certes pas repris d'activité lucrative, mais en tenant compte de la richesse de sa vie quotidienne (suivi de cours de niveau université populaire ; lecture d'ouvrages de philosophie, de développement personnel ou de religion) on ne pouvait raisonnablement considérer l'assurée incapable d'exercer une activité professionnelle de type comptable, telle celle exercée antérieurement, et les capacités cognitives excluaient formellement l'existence présente ou passée d'une dépression à caractère sévère et invalidant. En conclusion, le SMR a estimé que la capacité de travail de l'intéressée était complète dans l'activité habituelle de comptable, ainsi que dans toute activité professionnelle, depuis toujours.

14. Le 6 mars 2008, l'OAI a notifié à l'intéressée un projet de refus de rente contesté en date du 27 mars 2008.
15. Par courrier du 15 avril 2008, l'intéressée a contesté le rapport du SMR, considérant qu'il manquait d'objectivité. Si elle n'avait pas rencontré de difficultés dans sa santé, elle aurait bien évidemment gardé son activité professionnelle. Selon elle, la conclusion de l'expertise portait lourdement préjudice à sa santé physique et psychique puisqu'elle ne tenait pas compte de ses souffrances.
16. Le docteur B_____ a établi une attestation le 14 avril 2008 aux termes de laquelle sa patiente souffrait d'un état anxio-dépressif majeur, caractérisé par des troubles du sommeil, avec adynamisme, anxiété prépondérante, fort sentiment de culpabilité et repli sur soi. Un sentiment d'échec et d'infériorité la conduisait à penser et à vivre dans une impasse totale. On ne pouvait exclure une évolution défavorable avec un risque auto-agressif. Malgré une prise en charge adéquate depuis deux ans environ, la patiente ne progressait pas dans l'aptitude à surmonter toutes ses difficultés.
17. Le 12 mai 2008, l'intéressée a fait parvenir à l'OAI divers documents médicaux.
18. Dans un avis du 26 mai 2008, le docteur G_____, neurologue, a évoqué des mouvements limités de la colonne cervicale, une trophicité symétrique des mem-

bres supérieurs, des réflexes tendineux normaux et symétriques et une absence de tendinopathie significative de l'épaule droite. Il existait en revanche un tunnel carpien débutant à droite.

19. Le 4 juin 2008, le SMR, sous la plume du docteur H_____, a estimé qu'aucun élément nouveau ne permettait de remettre en cause les conclusions de l'examen pratiqué au SMR.
20. Par décision du 26 juin 2008, l'OAI a refusé le droit à une rente, au motif que les divers éléments produits par l'intéressée postérieurement au projet de décision n'apportaient pas, selon le SMR, d'éléments nouveaux. Se fondant sur l'examen multidisciplinaire du SMR, l'OAI a conclu qu'aucune pathologie invalidante, ni sur le plan rhumatologique, ni sur le plan psychiatrique, ne pouvait être retenue et que la capacité de travail était entière dans toute activité professionnelle.
21. Agissant par son mandataire le 20 août 2008, N_____ interjette recours à l'encontre de cette décision, dont elle requiert l'annulation, concluant, sous suite de dépens, à l'ouverture d'enquêtes et à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité. Elle conteste les conclusions du SMR, relevant que les docteurs A_____ et B_____ attestent d'une incapacité de travail dans son métier antérieur, de même que dans une autre activité.
22. Dans sa réponse du 15 octobre 2008, l'OAI conclut au rejet du recours, considérant que les rapports médicaux joints en procédure de recours, émanant des médecins traitants, ne sont pas de nature à modifier ses conclusions.
23. Le Tribunal de céans a ordonné la comparution personnelle des parties lors d'une audience tenue en date du 26 novembre 2008. La recourante a déclaré qu'elle n'était plus en mesure de travailler depuis 2005. Auparavant, elle avait travaillé pendant deux ans comme comptable auprès de la Ville de Genève. Elle a déclaré souffrir d'un manque de concentration ainsi que de troubles du sommeil et prendre des médicaments pour dormir. La recourante a expliqué avoir été hospitalisée à la clinique de Belmont en raison d'une crise, à savoir une dépression suite à la mort injuste de son père victime d'une erreur médicale. Elle a précisé que ses médicaments ont été changés durant l'été mais qu'ils lui causaient beaucoup d'effets secondaires. La recourante a déclaré avoir été suivie à l'hôpital de jour de la clinique Belmont après son hospitalisation.
24. Dans le délai imparti par le Tribunal, la recourante a produit le rapport de sortie de la clinique Belmont. Il y est indiqué que la patiente, atteinte d'un état anxio-dépressif majeur décompensé, a été hospitalisée dans le but de stabiliser son humeur. Durant le séjour, la thymie s'était améliorée, ainsi que le sommeil et l'angoisse. Le retour à domicile s'était fait à la demande de l'intéressée à qui il avait été proposé d'intégrer l'hôpital de jour.

25. Le 16 décembre 2008, la recourante a communiqué un rapport établi par Monsieur O _____, psychologue FSP de la clinique de Belmont. Il y certifie que la recourante a été hospitalisée du 23 juillet au 7 août 2008, puis qu'elle a participé au programme de la clinique de jour du 13 août au 4 novembre 2008. Le psychologue a constaté une rapide amélioration thymique, malgré une rechute dépressive de courte durée à la fin de l'été. La patiente avait bien amélioré sa capacité à faire face aux difficultés du quotidien mais d'importantes fragilités subsistaient.
26. Le 19 janvier 2009, l'OAI a communiqué au Tribunal de céans un avis établi par le SMR le 13 janvier 2009. Il y est relaté que l'événement anxio-dépressif (réactionnel aux décès du père et de la grand-mère) s'était très rapidement amélioré, ne pouvant donc être considéré comme une maladie entraînant une invalidité de longue durée. Mis à part ce fait, il n'y avait guère d'éléments nouveaux au dossier.
27. Une seconde audience de comparution personnelle des parties s'est tenue le 4 mars 2009. La recourante a déclaré être toujours suivie par le docteur A _____ à raison de deux fois par mois (souvent ses voisines la réveillaient pour s'y rendre et l'y accompagnaient), qu'il n'y avait pas d'amélioration de son état et qu'elle souffrait toujours d'angoisses. Le représentant de l'OAI a mis en exergue l'avis du SMR, selon qui l'aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée était d'origine réactionnelle et passagère.
28. Le 27 mai 2009, le Tribunal de céans a procédé à l'audition du docteur A _____, psychiatre, lequel a confirmé soigner la recourante depuis septembre 2004. Il a expliqué que sa patiente était atteinte d'une pathologie ayant pour conséquence son rejet par toute sa famille. Cette personnalité psychopathologique était à l'origine de l'incapacité totale de travail. La patiente ne vivait pas dans le présent, mais était centrée sur sa mémoire antérieure et sur les traumatismes de cette vie. Autrefois, de telles personnes demeuraient hospitalisées en milieu psychiatrique, mais aujourd'hui on les médicalisait sans véritable effet. La pathologie était présente depuis très longtemps chez la recourante, mais celle-ci avait pu donner le change, car elle avait eu une famille, des enfants. Suite à l'échec conjugal, elle avait régressé. La thérapie aujourd'hui était de nul effet, car bien que la recourante soit de très bonne volonté, sa culture n'était pas basée sur le pragmatisme, la science ou l'argent. Elle était centrée sur sa personne. Lorsqu'elle arrivait à son cabinet, elle était endormie, dans un état d'obnubilation et d'automatisme mental. Lors de sa première consultation, il avait demandé à sa patiente, qui travaillait alors encore pour la Ville de Genève, en quoi consistait son travail. Elle avait été incapable de répondre, mais elle avait mentionné les origines de ses collègues et avait pu les localiser physiquement sur le lieu de travail. En pareilles circonstances, se posait la question de savoir quelle était la rentabilité dans l'activité professionnelle. Enfin, le docteur A _____ a précisé ne pas avoir posé le diagnostic de dépression, mais que les ruminations de la patiente pouvaient l'épuiser et lui donner l'air déprimé.

-
29. Par ordonnance du 25 août 2009, la Juridiction de céans a commis la doctoresse J_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, aux fins de procéder à une expertise psychiatrique sur la personne de la recourante.

L'expert, après avoir étudié le dossier de la recourante (procédure administrative et judiciaire), soumis celle-ci à des examens sanguins ainsi qu'à une polysomnographie, pris langue avec les docteurs B_____ et A_____, ainsi qu'avec la doctoresse I_____, neurologue spécialiste du sommeil, et s'être entretenue avec l'assurée à trois reprises, a rendu son rapport en date du 31 janvier 2010.

Le médecin a retenu une absence de diagnostic psychiatrique, une modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique, des cervicobrachialgies droites et un syndrome du tunnel carpien débutant. A l'appui de ses conclusions, l'expert expose que la patiente montre un tableau clinique riche mais oligosymptomatique, protéiforme, polymorphe et non systématisé. Sur la base de l'anamnèse et de l'examen clinique, quelques symptômes et signes concordants sont retrouvés, mais bon nombre de plaintes ne sont pas étayées par le status psychiatrique. Les signes cliniques corroborant les plaintes sont une anhédonie, une tendance à dramatiser avec maniérisme et théâtralisme, une propension à se plaindre et la diminution des compétences sociales, ainsi que les troubles du sommeil. Toutefois, ces derniers sont générés par la prise des antidépresseurs. A ce propos, la médication psychotrope (antidépresseur et somnifère) est à l'origine des troubles du sommeil tels que mis en évidence par l'enregistrement polysomnographique. Il n'y a donc pas de trouble du registre dépressif à ce niveau. Si l'anamnèse est évocatrice de pathologies psychiatriques diverses et complexes, l'examen clinique n'apporte que des éléments variés, ne répondant à aucune entité nosologique. Il était fort probable, selon l'expert, que la patiente ait vécu un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites lorsqu'elle a consulté le docteur A_____ en 2004, car elle vivait alors la séparation, la faillite et le divorce. En revanche, la doctoresse J_____ a nié le diagnostic de difficultés liées à l'acculturation, eu égard au niveau d'études supérieures de l'intéressée, à l'apprentissage du français correct et au suivi de cours de comptabilité avec succès en Suisse. Quant au diagnostic posé à la clinique genevoise de Montana, à savoir un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, il est également écarté vu l'absence d'épisode dépressif antérieur. Enfin, dans la mesure où l'état dépressivo-anxieux majeur décompensé évoqué dans la lettre de sortie de la clinique Belmont s'est compensé en deux semaines, l'expert en déduit qu'il s'agit avec une haute probabilité de la réaction normale au décès d'un proche. En ce qui concerne la modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique, l'expert commence par mentionner que le diagnostic de personnalité change au cours du temps et selon l'appréciation du médecin consulté. Quelques traits de personnalité sont retrouvés à l'anamnèse et à l'examen clinique, à savoir sept critères sur un ensemble de 55 items toutes personnalités confondues (huit au total). Sur cette base, il n'est pas possible de retenir un diagnostic spécifique de personnalité, fût-il de type mixte. Une seule entité ré-

pond aux troubles présentés par la patiente : la modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique, dont l'ensemble des critères est rempli, à savoir : une dépendance excessive et une attitude exigeante envers autrui ; la conviction d'avoir été transformé ou marqué par la maladie au point de s'isoler socialement et d'être devenu incapable d'établir et de maintenir des relations personnelles étroites et confiantes ; une passivité, une réduction des intérêts et un moindre engagement dans les activités de loisirs auxquelles le sujet se livrait précédemment ; des plaintes persistantes relatives à la santé, parfois associées à des plaintes hypochondriaques et à un comportement de malade ; une humeur dysphorique et labile non due à un trouble mental actuel ; une altération significative des fonctionnements sociaux et professionnels. L'expert a en outre rapporté que selon lui, la patiente adoptait un comportement et une attitude différents, de même qu'elle tenait des propos orientés en fonction de la spécialité du médecin à qui elle s'adressait, de manière à paraître crédible. Par ailleurs, l'intéressée, qui avait naguère fait preuve d'adaptation et était intégrée à la société dans laquelle elle vivait, avait connu divers échecs ou déconvenues dans son existence adulte qui l'avaient confrontée à la notion de « perdre la face ». Or, une telle situation n'était pas vivable pour elle, raison pour laquelle elle rejetait systématiquement la faute sur autrui. A partir de la perte de la garde de son fils, elle avait finalement mis en échec tout ce qu'elle avait entrepris, délaissant son travail. Il y avait alors certainement eu un épisode dépressif motivant l'arrêt de travail le 17 janvier 2005, suivi par le licenciement pour absence prolongée. A compter de ce moment, même en rémission, la patiente avait majoré ses plaintes, invoquant des douleurs somatiques que le substrat anatomique ne permettait pas d'étayer ou citant des symptômes psychiatriques que la sémiologie ne permettait pas de retenir comme des éléments significatifs. Vu l'absence de diagnostic psychiatrique ayant une incidence sur la capacité de travail, cette dernière demeurait entière. Il était cependant précisé qu'eu égard à la longue durée d'éloignement du monde du travail, il semblait impératif de prévoir une mesure de réinsertion dans le domaine d'activité habituel ou dans un atelier protégé de haut niveau, afin d'astreindre la recourante à sortir de la procrastination et du schéma apprivoisé. Le trouble du comportement (modification de la personnalité) n'était pour le surplus pas de nature à influencer sur la capacité de travail, qui était donc théoriquement entière et le rendement total. Une réinsertion s'avérerait certainement une entreprise laborieuse considérant les résistances de l'intéressée, mais les chances de succès semblaient prometteuses en cas de persévération. Quant, enfin, aux mesures médicales préconisées, la doctoresse J_____ suggérait l'arrêt de l'antidépresseur (plus indiqué depuis longtemps) et du somnifère (inapproprié).

30. Le 16 février 2010, l'OAI a maintenu ses conclusions, se référant aux avis de son service médical, en particulier le dernier avis rendu par le docteur K_____ en date du 11 février 2010.

Dans ce document, le médecin considère que le rapport de l'expert judiciaire est convaincant. Dans la mesure où ses conclusions sont identiques à celles du rapport

d'examen du SMR de janvier 2008 (absence de limitations fonctionnelles et d'incapacité de travail durable), le SMR persiste dans lesdites conclusions.

31. La recourante a quant à elle produit un avis de son nouveau psychiatre traitant, le docteur L_____, qui remettrait complètement en question le rapport d'expertise. En conséquence, elle requiert la poursuite de l'instruction sur le plan médical, psychiatrique en particulier.

Le psychiatre, dans un rapport du 22 février 2010, fait état d'un suivi depuis le 23 décembre 2009 suite à la retraite du précédant praticien. Il se dit en contradiction avec les conclusions de l'expertise de la doctoresse J_____, posant les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) ; trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25) et troubles mixtes de la personnalité (F61.0). Il considère la patiente, qui présente tout un cortège de symptômes, totalement incapable de travailler dans quelque domaine d'activité que ce soit.

32. Copie des écritures après expertises ont été transmises aux parties, sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La compétence *ratione materiae et temporis* ayant été examinée par ordonnance du Tribunal de céans du 25 août 2009, il n'y sera pas revenu dans le présent arrêt.
2. Déterminé par la décision du 26 juin 2008 et les conclusions des parties, l'objet du litige concerne le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement l'existence d'une atteinte invalidante à sa santé.
3. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Le 1^{er} janvier 2008 est entrée en force la nouvelle du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision AI). Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse, du 26 juin 2008, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et fondée sur des faits antérieurs à l'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision de la LAI. Il en découle que, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné à l'aune des dispositions de la LPGA et de la LAI dans sa teneur valable jusqu'au 31 décembre 2007.

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). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 consid. 4 et les références).

c) 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.).

d) Au sujet des 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03,

consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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. Étant 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).

5. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique 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).
6. Dans le cas présent, la recourante présente principalement des troubles d'ordre psychiatrique. Les atteintes à sa santé physique mentionnées dans les divers documents médicaux se révèlent mineures et sont sans incidence sur la capacité de travail, ce qui n'est au demeurant pas contesté par l'intéressée elle-même. En conséquence, il n'y a pas lieu de revenir sur ces dernières.
7. Eu égard à la position exprimée (notamment) en audience d'enquêtes par-devant le Tribunal de céans par le psychiatre traitant de l'intéressée, le docteur A_____, et aux conclusions diamétralement opposées développées par les médecins du SMR ensuite de leur examen du 29 janvier 2008, il est apparu nécessaire de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire.

Celle-ci, confiée à la doctoresse J_____, a donné lieu à un rapport d'expertise détaillé de 43 pages. Il prend en considération l'intégralité du dossier, dont les pièces importantes sont résumées ou reprises, les plaintes de la recourante, les résultats d'investigations complémentaires ordonnées par l'expert, ainsi que les avis des médecins traitant. L'anamnèse est exhaustive, quand bien même l'expert rapporte les difficultés rencontrées pour l'établir en raison de la collaboration « particulière » de l'expertisée. Les conclusions sont claires, documentées, expliquées de façon convaincante et la divergence en matière de diagnostics d'avec les autres médecins est motivée. L'expert a pris la peine d'exposer en quoi le fonctionnement particulier de l'intéressée ne relevait ni d'un trouble d'ordre dépressif, ni d'un trouble de la personnalité typique et pour quelles raisons la modification de personnalité durable finalement retenue se révélait sans incidence sur la faculté d'exercer une activité lucrative. En conséquence, il convient d'accorder pleine force probante au rapport du 31 janvier 2010 de la doctoresse J_____, complet et explicite.

On ne saurait par ailleurs faire abstraction du fait que les médecins examinateurs du SMR avaient abouti à des conclusions similaires, voire identiques en ce qui concerne l'absence de diagnostic psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail.

En pareilles circonstances, l'avis divergent du docteur A_____, qui repose sur une théorie somme toute difficile à suivre et relativement peu convaincante d'un point de vue scientifique, ne saurait faire naître le doute sur les conclusions émises par l'expert, ce d'autant moins que l'on a affaire au psychiatre traitant. Celui-ci doit en effet faire preuve d'une certaine empathie envers sa patiente, au risque de briser le lien de confiance qui l'unit à cette dernière.

Les propos tenus par le docteur L_____, qui a succédé au docteur A_____ pour assurer le suivi thérapeutique de la recourante, ne permettent pas plus de remettre en cause l'avis de la doctoresse J_____. Les symptômes qu'il énumère pour fonder les diagnostics posés ont tous, à l'exception des idées suicidaires, été abordés et commentés par l'expert. Les diagnostics évoqués ont été écartés de façon motivée dans le rapport d'expertise et, de toute manière, l'un deux devrait se voir nier le caractère invalidant au sens de la LAI (trouble de l'adaptation).

Il suit de ce qui précède que c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité, faute d'atteinte à la santé invalidante.

8. Enfin, par économie de procédure et afin d'éviter à la recourante de déposer inutilement une nouvelle demande de prestations devant l'intimé, le Tribunal de céans estime utile, quand bien même cela dépasse l'objet du litige, d'apporter les précisions suivantes en regard de la mesure de réentraînement au travail préconisée par la doctoresse J_____.

Pareille mesure consiste en un reclassement au sens de l'art. 17 LAI. Or, cette prestation est soumise à des conditions spécifiques parmi lesquelles l'existence d'une atteinte à la santé invalidante. En l'absence d'une telle atteinte, le droit à la prestation n'existe pas.

9. La recourante, au bénéfice de l'assistance juridique, sera dispensée d'émolument de justice.

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

Statuant

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ

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