

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3433/2006

ATAS/1428/2007

ORDONNANCE D'EXPERTISE
DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES

du 17 décembre 2007

Chambre 3

En la cause

Madame S _____, à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MEYER Daniel recourante

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente.

EN FAIT

1. S _____, née en 1955, responsable du service comptabilité d'une banque privée sur la place de Genève (pce 26 OCAI), a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 8 octobre 2003 (pce 2 OCAI). Elle y déclarait être en incapacité de travail totale depuis le 26 mai 2003 en raison d'un état dépressif réactionnel à une situation de mobbing à son lieu de travail et de douleurs dorsales sur chute intervenue en août 2003,
2. Procédant à l'instruction de la demande, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OCAI) a requis le dossier médical constitué par la Nationale Suisse Assurances (ci-après : la Nationale), assureur perte de gain de l'assurée (pce 11 OCAI).

Celui-ci comporte notamment les documents suivants :

- Un rapport médical initial LAA faisant état d'une chute sur le dos le 4 août 2003 qui avait engendré une contracture musculaire et des douleurs au niveau de la colonne cervicale et lombaire (rapport rédigé le 29 août 2003 par un médecin de l'Hôpital de la Tour).
- Un certificat médical pour l'assurance-maladie du 20 août 2003 (signature illisible) attestant d'une incapacité de travail totale dès le 23 mai 2003 en raison d'un état dépressif majeur sévère.
- Un certificat médical du 18 août 2003 du docteur A _____, spécialiste en psychiatrie, aux termes duquel l'assurée présentait un épisode dépressif CIM-10 F32.1 traité par pharmacothérapie et psychothérapie et motivant un arrêt de travail complet.
- Un rapport du même médecin du 9 octobre 2003 dans lequel ont été posés les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen - sévère, avec somatisation CIM-10 F33.11, syndrome cervico-dorso-vertébral M54.2 et M54.5, ainsi que de céphalées de tension R51. L'examen clinique avait permis au psychiatre de constater une dysthymie, une dysphorie, une anxiété quasi constante, des difficultés de concentration, une aprosexie et un apT_____tisme.
- Une lettre du docteur B _____, médecin-chef de la Clinique genevoise de Montana, du 22 octobre 2003. Ce médecin a exposé que l'assurée avait été hospitalisée du 1^{er} au 22 septembre 2003 au sein de son établissement en vue

d'améliorer son état dépressif, considéré comme très sévère, afin de permettre un traitement ambulatoire. Il a également constaté que si l'amélioration de la thymie était incontestable, le discours restait centré sur la douleur, ce qui permettait de faire état d'un trouble somatoforme douloureux associé.

3. Le docteur C _____, médecin traitant de l'assurée, a rendu un rapport médical en date du 19 avril 2004 (pce 28 OCAI). Il a posé les diagnostics (avec répercussion sur la capacité de travail) d'état dépressif depuis avril 2003, fibromyalgie depuis décembre 2003 et syndrome vertébro-lombaire post-traumatique depuis août 2003, ainsi que (sans répercussion sur la capacité de travail) d'antécédent de fracture du bassin gauche en 1962, opération du ménisque externe du genou droit et status post annexectomie droite et colporrhaphie antérieure en mars 2004. Il a fixé l'incapacité de travail à 100 % en tant que responsable comptable depuis le 23 mai 2003 et a préconisé l'octroi de mesures d'ordre professionnel pour une activité à 50 % (de préférence dans une profession permettant l'alternance des positions assise et debout, p. ex. le social ou l'enseignement). L'état de santé était jugé stationnaire (avec céphalées et perte pondérale de 10 kg en 6 mois notamment) malgré la prise en charge multidisciplinaire, ce qui avait pour conséquence que le praticien émettait un pronostic réservé.

Le docteur C _____ a joint à son rapport divers documents médicaux :

- Un rapport du 13 février 2004 du docteur D _____, spécialiste en rhumatologie, qui a estimé que le diagnostic le plus probable était celui de fibromyalgie, mais que des investigations complémentaires étaient nécessaires pour le confirmer.
- Une lettre des docteurs B _____ et E _____ de la Clinique genevoise de Montana qui faisait état du diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère avec somatisation, avec pour comorbidités un syndrome cervico-lombo-vertébral et des céphalées de tension. Selon ces médecins, l'assurée, qui a séjourné du 1^{er} au 20 septembre 2003 au sein de leur clinique pour éloignement des facteurs de stress et soutien psychologique, présentait, lors de l'examen clinique d'entrée, des douleurs diffuses (abdomen et rachis), une thymie triste, une aboulie, une anhédonie, un sentiment de culpabilité et de dévalorisation, une perturbation du sommeil et des idées suicidaires sans projet concret. A la sortie, une amélioration de sa thymie était constatée, ainsi qu'une diminution du stress. Toutefois, les médecins ont pu constater une perte de poids de plus de 2 kg durant le séjour.

- Un avis du docteur A _____ du 1^{er} avril 2004 qui posait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère avec somatisation, syndrome cervico-lombo-vertébral et céphalées de tension.
4. Dans un rapport du 6 mai 2004, le docteur A _____ a repris les diagnostics préalablement posés et indiqué que sa patiente, très amaigrie, s'exprimait avec une lenteur psychomotrice, qu'elle était fortement dysthymique, vivait avec beaucoup d'effort et que sa vie mentale était très désorganisée avec grave insomnie rebelle et cauchemars. Son incapacité de travail était totale (pce 29 OCAI).
 5. La Nationale a soumis l'assurée à une expertise rhumatologique confiée au docteur B. D _____ qui a rendu son rapport en date du 31 juillet 2004 (pce 35 OCAI). Il a retenu les diagnostics de fibromyalgie et état dépressif chez une patiente triste et amaigrie. Les conséquences de l'accident d'août 2003 étaient à considérer comme guéries au 31 septembre 2003.
 6. La Nationale a également transmis à l'OCAI le rapport d'expertise psychiatrique rédigé par le docteur F _____ le 13 décembre 2004 (pce 37 OCAI). L'expert, après avoir reçu l'assurée à deux reprises (en juillet et août 2004) et pris des renseignements auprès de ses médecins traitants, a fait état d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique F32.11. Selon ses dires, l'expertisée était bien orientée, avec des capacités d'attention, de concentration et de mémoire dans la norme; la thymie était modérément abaissée, mais sans mise en évidence d'état dépressif sévère (pas d'abattement, pas de sentiment d'inutilité, de dévalorisation ou de culpabilité). Il a par ailleurs déclaré que l'assurée, qui a déposé plainte pour harcèlement psychologique et déclaré qu'une issue favorable de ce litige lui permettrait de reprendre un travail dans un autre domaine d'activité, se positionnait dans un statut de malade immuable et définitif ayant droit à la reconnaissance et au dédommagement. La symptomatologie dépressive faisant suite à l'effondrement narcissique vécu par l'assurée régressait progressivement, grâce à la psychothérapie et au traitement antidépresseur. Les constatations de l'expert lui permettaient de dire que l'état dépressif était, au jour de l'expertise, léger et en voie de résolution. Par contre, il a estimé que le mode de fonctionnement de l'intéressée confinait à la névrose de compensation et que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux devait être écarté en l'absence de conflits émotionnels et de stress psychosociaux suffisants, d'autant plus que la comorbidité psychiatrique était faible. Le docteur F _____ a finalement conclu à la possibilité d'une reprise de l'activité professionnelle à 50 % dès le 1^{er} janvier 2005 et à 100 % le 1^{er} février suivant.

7. Le Département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG) a transmis un rapport à l'OCAI en date du 31 janvier 2005 (pce 38 OCAI). Les docteurs G_____ et H_____ y rapportaient que l'assurée était suivie au Centre de thérapie brève (ci-après : CTB) Jonction depuis le 18 janvier 2005. Elle y avait été envoyée par la Clinique de Belle-Ideé où elle avait été hospitalisée suite à une tentative de suicide intervenue dans des circonstances peu claires, après réception, par l'intéressée, du rapport d'expertise du docteur F_____. Les médecins du CTB ont mis en évidence une thymie quotidienne triste, avec des pleurs très importants, des cauchemars liés à des troubles du sommeil importants. Ils ont également pu constater une perte pondérale de 23 kg en deux ans. Selon ces spécialistes, le contexte dépressif sévère (idées suicidaires fréquentes avec passage à l'acte et persistance après deux semaines de suivi au CTB) rendait non seulement une reprise du travail irréaliste, mais la demande faite à l'assurance-invalidité devait être considérée comme une demande de rente entière.
8. Dans un rapport du 18 mai 2005 (pce 47 OCAI), la doctoresse I_____, nouveau psychiatre traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F.33.2) et fibromyalgie. Elle a conclu à une incapacité de travail totale sur la base de ses constatations : tristesse, ralentissement psychomoteur, irritabilité, trouble de la concentration et de l'attention, asthénie, douleurs somatiques exacerbées, troubles du sommeil avec réveils fréquents et cauchemars, amaigrissement, humeur dépressive sévère (cotation au test BDI : 47), idée de mort, isolement social et perte de repère professionnel induisant une perte de confiance en soi, perte d'espoir et de vision d'avenir. En raison de l'inefficacité du traitement médicamenteux antérieur, la doctoresse I_____ a introduit de nouveaux médicaments associés à une psychothérapie. Ce médecin a également transmis un rapport d'intervention du CTB Jonction qui relate notamment que l'assurée a été envoyée en séjour à la Clinique genevoise de Montana dès le 7 février 2005.
9. Le rapport médical relatif à ce séjour (du 7 au 26 février 2005) a été rédigé par les docteurs B_____ et J_____ en date du 15 mars 2005 (pce 69 OCAI). Ces médecins ont posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisation (F33.11) avec, comme comorbidité, un syndrome douloureux chronique (R52.2). La patiente présentait, à son arrivée à la clinique, des douleurs diffuses sans limitation fonctionnelle, une thymie triste, une alexithymie, une asthénie, une diminution de la concentration, un sentiment de dévalorisation et de culpabilité, des idées noires et une perturbation du sommeil. Les médecins ont mentionné que le tableau clinique (douloureux) était en aggravation par rapport au précédant séjour, dans un contexte d'AI en cours et de

conflit sur le lieu de travail. Ils évoquaient avant tout un trouble somatoforme douloureux. Les médecins ont exposé que la souffrance était essentiellement psychosociale et vu le contexte (conflit professionnel et d'assurance), ils voyaient mal comment l'assurée pourrait se sentir mieux. Ils ont tout de même observé, au cours du séjour, moins de tristesse et une baisse du niveau de stress. Le traitement par neuroleptiques (somnifères) a été modifié et a permis une amélioration nette des troubles du sommeil. Enfin, les docteurs B_____ et J_____ ont exposé que l'assurée avait pu bénéficier d'entretiens avec la diététicienne lors desquels elle avait pu s'exprimer autour d'un conflit interne par rapport à la nourriture et à son image corporelle.

10. Un document d'origine inconnue décrivant le déroulement des journées, l'évolution des douleurs et la qualité du sommeil de l'assurée sur presque 5 mois (du 1er janvier au 20 mai 2005) figure au dossier (pce 50 OCAI). On peut y constater que les douleurs de l'assurée ont toujours été qualifiées d'intenses ou très intenses et qu'elle fait des cauchemars presque toutes les nuits, le sommeil apparaissant de façon générale perturbé.
11. Le 23 mai 2005, l'assurée a été examinée par les docteurs K_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et L_____, spécialiste en psychiatrie, du Service médical régional AI (ci-après SMR). Dans leur rapport du 1^{er} juin 2005 (pce 52 OCAI), ils ont posé les diagnostics de status après épisode dépressif, fibromyalgie, rachialgies sur troubles statiques et dégénératifs du rachis, arthrose nodulaire des doigts, limitation de la mobilité de la hanche droite dans le cadre d'un status après fracture de hanche gauche en 1962, amnésie dissociative (F44.0) et trouble de la personnalité avec traits pervers (F60.8). Les experts ont constaté que la psychomotricité n'était pas ralentie, la thymie devenait souriante, l'appétit dépendait de la présence du mari et le sommeil était excessif. Le contenu des cauchemars décrits par l'assurée traduisait un sentiment d'impuissance et de ridicule. La vision de l'avenir était très bien structurée, l'attention et la concentration étaient excellentes et il n'y avait ni anhédonie, ni sentiment de culpabilité ou fatigabilité. L'image de soi était très bonne, tout en évoquant une perte de confiance en soi et les idées suicidaires, selon les experts, relevaient clairement du chantage au suicide (l'assurée déclarait craindre pour sa vie en cas de refus de rente). Des troubles de la distance interpersonnels avaient également été constatés, notamment par le fait que l'assurée était fière que ses enfants appellent également maman et papa les parents de la famille d'accueil dans laquelle ils passaient leurs journées (malgré la présence de l'assurée au foyer familial). Dans leur appréciation consensuelle du cas, les experts ont retenu que l'assurée sollicitait des défenses perverses : menaces de suicide en cas de refus de rente et indifférence concernant

l'abandon affectif envers ses enfants. L'absence de satisfaction des désirs et la confrontation à un obstacle insurmontable pouvaient déboucher sur des symptômes d'amnésie dissociative, tels que l'absence de réaction de l'intéressée lorsqu'elle était confrontée, en relation avec son tentamen médicamenteux, à l'absence de découverte d'emballages de médicaments vides à son domicile, de trace de médicaments dans les dosages sanguins et d'inquiétude du mari qui ne lui a pas rendu visite à l'hôpital. Les autres troubles mnésiques avancés par l'assurée étaient considérés, par les médecins du SMR, non pas comme des problèmes liés à la concentration, mais étaient à inclure dans les troubles de l'amnésie dissociative et étaient en permanence grevés de bénéfices secondaires. Dès lors, ils ne pouvaient pas être considérés comme une maladie invalidante. L'examen psychiatrique n'avait pas permis de mettre en évidence un quelconque symptôme de la lignée dépressive, mais les experts faisaient état de mécanismes de défense projectifs envers l'entourage, par exemple l'obligation faite au mari de rentrer à domicile à midi sous menace d'anorexie. Ce mode de fonctionnement était considéré comme constitutionnel; il n'avait pas empêché l'assurée d'assumer son intense parcours professionnel. Du point de vue ostéoarticulaire, outre les douleurs dont se plaignait l'assurée, les experts ont relevé diverses pathologies qui ne limitaient pas la capacité de travail dans la profession de cheffe comptable, une telle activité tenant compte des limitations fonctionnelles requises par les pathologies reconnues. En ce qui concerne la fibromyalgie, les experts ont par ailleurs estimé qu'en l'absence de pathologie psychiatrique, elle ne constituait pas un motif d'arrêt de travail. Les limitations fonctionnelles retenues par les médecins examinateurs étaient les suivantes : nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 15 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de marche supérieure à 30 minutes, ni de travail imposant la montée régulière d'escabeaux, échelles ou escaliers. Dans leur appréciation de l'évolution de l'incapacité de travail, les docteurs K_____ et L_____ ont considéré qu'il apparaissait crédible et vraisemblable que l'assurée avait fait un épisode dépressif consécutif à son arrêt de travail le 23 mai 2003; l'examen au SMR n'ayant mis en évidence aucun élément de la lignée dépressive, ils considéraient que les symptômes dépressifs avaient disparu depuis lors ce qui leur permettait de conclure à une capacité de travail entière. Pour le surplus, ils se référaient aux conclusions du docteur F_____, qui avait retenu une capacité de travail de 50 % dès le 1^{er} janvier 2005 et de 100 % depuis le 1^{er} février 2005.

12. Le 20 octobre 2005, l'assurée a fait parvenir à l'OCAI le résumé de séjour à la Clinique de Belle-Idée (pce 66 OCAI). Les docteurs M_____ et

N_____ y faisaient état d'une première hospitalisation volontaire le 3 janvier 2005 sur certificat du psychiatre de garde extrahospitalière en raison d'un risque auto-agressif. L'assurée n'aurait pas supporté la lecture de l'expertise rédigée par le docteur F_____, qui l'estimait capable de travailler, et des idées noires seraient apparues. Très anxieuse, l'assurée aurait alors consulté le médecin de la garde extrahospitalière qui l'a adressée à la Clinique de Belle-Idée. A l'entrée, les médecins ont pu constater une patiente calme, ralentie, désorientée dans l'espace et dans le temps, avec une thymie triste, une anhédonie, une humeur dépressive, une anxiété, une perte de l'élan vital, des idées suicidaires avec projet précis (tentamen médicamenteux), une inappétence, une fatigue et des troubles du sommeil (insomnie). Les examens complémentaires effectués (analyses sanguines et électrocardiogramme) étaient dans la norme. Le 6 janvier 2005, la patiente a demandé une sortie définitive aux médecins qui la lui ont accordée, considérant qu'elle ne présentait plus de critère de dangerosité immédiate vu la disparition des idées suicidaires.

Elle a également transmis un rapport de son médecin traitant, le docteur C_____, du 8 mars 2005, (pce 70 OCAI), dans lequel ce médecin estimait que l'état de sa patiente est plutôt en aggravation du point de vue psychiatrique, une reprise du travail n'étant absolument pas envisageable. Il a par ailleurs mentionné que le rapport d'expertise du docteur F_____ avait été particulièrement délétère pour sa patiente et qu'il ne comprenait pas comment l'expert avait pu conclure à une reprise du travail en février 2005 à 100 % en n'ayant vu l'intéressée qu'en juillet et août 2004, à une époque où le docteur . D_____, également mandaté en qualité d'expert (rhumatologue), avait constaté un état dépressif.

13. Le 12 décembre 2005, S_____ a communiqué à l'OCAI avoir déposé plainte contre le docteur F_____ auprès de la Commission de surveillance des professions de la santé, en raison des conclusions émises par ce médecin dans son rapport d'expertise et des conséquences de celles-ci (pce 74 OCAI). La Commission a décidé d'ouvrir une enquête administrative à l'encontre du médecin incriminé aux fins de vérifier s'il avait commis un agissement professionnel incorrect dans sa fonction d'expert (pce 79 OCAI).
14. Se prononçant sur l'ensemble des documents médicaux transmis à l'administration, le docteur O_____, médecin du SMR spécialisé en chirurgie, a fait savoir que ceux-ci étaient tous antérieurs à l'examen pratiqué au SMR le 23 mai 2005 et que l'anamnèse rédigée par les médecins examinateurs en tenait compte. Quant à la divergence d'appréciation de la capacité de travail, il l'expliquait par le fait que les

médecins traitants étaient enclins à plus d'empathie que des experts neutres (pce 77 OCAI).

15. L'assurée a fait parvenir à l'OCAI un rapport de la doctoresse P _____, responsable du Centre multidisciplinaire et de traitement de la douleur, du 7 mars 2006. Ce médecin y a exposé que l'intéressée présentait un phénotype de type ultra-métaboliseur, pouvant expliquer les taux bas de venlafaxine par rapport à la posologie administrée. Elle conseillait soit d'augmenter encore la posologie de l'antidépresseur concerné, soit d'introduire un antidépresseur dont la voie métabolique était différente.
16. Le 28 mars 2006, l'assurée a fait savoir à l'OCAI qu'elle s'était inscrite auprès des organes de l'assurance-chômage en indiquant qu'elle était capable de travailler à 100 %, comme cela était retenu par l'assurance-invalidité.
17. Par décisions du 24 mai 2006, l'OCAI a octroyé une rente d'invalidité entière à l'assurée du 23 mai 2004 au 31 décembre 2004, puis une demi-rente du 1^{er} au 31 janvier 2005, date à laquelle il a supprimé toute prestation. Ladite décision était fondée sur les conclusions des experts du SMR (pces 89 et 90 OCAI).
18. L'assurée a formé opposition contre ces décisions (pce 92). En résumé, elle a fait grief à l'OCAI d'avoir méconnu son véritable état de santé et contestait les conclusions auxquelles étaient parvenus tant le docteur F _____ que les docteurs K _____ et L _____. Elle a fait valoir les avis unanimes de tous les médecins qu'elle a consultés qui lui reconnaissaient une incapacité de travail totale se poursuivant et les analyses effectuées par le Service de pharmacologie et toxicologie cliniques des HUG démontrant l'existence d'un phénotype ultra-métaboliseur qui expliquait l'absence d'effet bénéfique des traitements médicamenteux suivis jusqu'alors. Elle concluait par conséquent à la poursuite du versement de la rente entière d'invalidité.

En annexe à son opposition, elle a produit un certificat médical de la doctoresse Q _____, établissant qu'elle a été hospitalisée à la Clinique genevoise de Montana du 15 au 28 mai 2006, ainsi qu'un rapport du 20 décembre 2005 de la doctoresse P _____, responsable du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur qui a posé les diagnostics de fibromyalgie et trouble dépressif moyen à sévère.

19. Appelé à se prononcer dans le cadre de la procédure d'opposition, le docteur O _____, du SMR, a exposé que le diagnostic de trouble dépressif moyen à sévère posé par la doctoresse P _____ semblait ne reposer que sur un index de

Beck élevé. Or, il était universellement admis qu'un diagnostic était avant tout la résultante d'un status psychiatrique, le résultat des tests ne pouvant servir que de confirmation à des constatations médicales dans le dialogue singulier. Il a ajouté qu'il n'était pas indifférent que l'état dépressif soit moyen ou sévère, chacun de ces qualificatifs correspondant à des critères précis répertoriés dans la CIM-10, et que si la doctoresse P _____ ne pouvait pas se déterminer avec plus de précision, c'était la preuve de l'insuffisance de son status. Enfin, le docteur O _____ rappelait que le trouble dépressif moyen faisait partie intégrante de la fibromyalgie et ne pouvait en être séparé. Par conséquent, la position du SMR ne devait pas être modifiée (pce 99 OCAI).

20. Le 21 août 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée. En substance, il a considéré que le rapport d'expertise des docteurs K _____ et L _____ du SMR avait une pleine valeur probante et que les conclusions de ces médecins concordaient au demeurant avec celles du docteur F _____, qui avait examiné l'assurée dans le cadre d'une expertise pour l'assureur perte de gain. Se référant pour le surplus aux avis du docteur O _____, médecin du SMR, il a nié que les documents médicaux produits par l'intéressée puissent remettre en cause les conclusions auxquelles étaient parvenues les experts. Enfin, il s'est prononcé sur le caractère invalidant de la fibromyalgie, qu'il a nié, considérant l'absence de pathologie psychiatrique associée et la non-réalisation des autres critères déterminés par la jurisprudence à cet égard.

21. Anna S _____ interjette recours de droit administratif contre cette décision, dont elle requiert l'annulation, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité non limitée dans le temps. En résumé, elle reproche à l'intimé d'avoir fondé son appréciation médicale sur le rapport des docteurs K _____ et L _____, qui reprennent, en ce qui concerne la capacité de travail, les conclusions contestées du docteur F _____. Elle fait valoir que depuis décembre 2004, date à laquelle l'administration a diminué sa rente de moitié pour la supprimer un mois plus tard, son état de santé n'a cessé de se péjorer, nécessitant même une nouvelle hospitalisation à la Clinique de Montana, avec suivi post-hospitalier intensif, au mois de mai 2006. Elle a développé à l'époque des symptômes psychotiques. Elle estime qu'il convient de se reporter, pour déterminer son état de santé et donc son incapacité de travail, aux avis concordants de son psychiatre traitant et des multiples médecins qui l'ont prise en charge à la Clinique de Belle-Idée, à la Clinique genevoise de Montana et au CTB. Ceux-ci démontrent la persistance des troubles graves d'ordre psychiatrique et donc l'incapacité totale à exercer une quelconque activité. Enfin, elle considère que la fibromyalgie dont elle est atteinte est également invalidante, dans la mesure où tous les critères pour admettre cette qualification sont remplis.

A l'appui de ses conclusions, la recourante produit notamment les documents suivants :

- Un rapport d'intervention CTB du 9 mai 2006 (pce 22 recourante): les docteurs M_____ et R_____ y font état des diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques F33.2 et fibromyalgie. La patiente leur a été adressée par la doctoresse I_____ en raison d'une recrudescence de la symptomatologie dépressive. Au status psychiatrique, ils ont constaté une patiente triste et désespérée, très tendue, en pleurs à l'évocation de ses difficultés, orientée dans le temps et l'espace, qui présentait un sentiment d'humiliation majeure, une inappétence avec perte pondérale de 2-3 kg en un mois, une démotivation marquée, une anhédonie, un repli social, des idées hétéro-agressives et suicidaires, ainsi que des idées délirantes de persécution. En raison de l'hypermétabolisme, ils ont augmenté les doses d'antidépresseur de façon conséquente, jusqu'à atteindre une concentration sanguine dans les normes. Les idées de persécution et hétéro-agressives envahissaient toute discussion durant le séjour, empêchant le contact thérapeutique. Les médecins ont alors introduit un traitement de Risperdal. Ils ont pu constater une légère amélioration de l'état de leur patiente, mais au vu de son épuisement général important, ils l'ont adressée à la Clinique genevoise de Montana pour adaptation du traitement médicamenteux, AB_____ nuation de la prise en charge et retrait des obligations quotidiennes.
- Un rapport de sortie de la Clinique genevoise de Montana du 9 juin 2006 (pce 23 recourante): les diagnostics posés par les médecins du CTB ont été repris par les rédacteurs de ce rapport. Les constatations cliniques sont par ailleurs superposables à celles des médecins du CTB lors de l'arrivée de la patiente à la Clinique. Concernant l'évolution, les praticiens de Montana ont relaté que l'assurée avait bénéficié d'un soutien médico-infirmier et d'entretiens spécialisés avec une psychothérapeute, lors desquels elle avait pu verbaliser ses émotions. Le travail avait été centré sur son envie de meurtre et les conséquences sociales et affectives d'un tel acte pour lui permettre de prendre de la distance par rapport à cette obsession. Toutefois, lorsqu'elle avait pu quitter cette idée, elle était partie vers l'auto-agression et sa difficulté à se contrôler. Le soutien ultérieur avait porté sur ses rôles de mère et d'épouse avec un centrage permanent pour lui permettre de quitter cette autre obsession. Les médecins estimaient qu'elle restait cependant extrêmement fragile avec la persistance d'idées suicidaires. En ce qui concernait le syndrome douloureux chronique, ni le soutien psychologique régulier ni les thérapies à médiation corporelle n'avaient apporté de résultat significatif chez une patiente qui s'était

investie dans son traitement de physiothérapie, mais qui ne réclamait pas d'antalgique supplémentaire lors des crises paroxystiques. Un suivi psychologique auprès du CTB a été proposé dès la sortie de la clinique.

- Un résumé d'intervention CTB du 26 juin 2006 est également joint au mémoire de recours (pce 24 recourante): les docteurs M _____ et AA _____ y mentionnent que l'assurée a été suivie dans leur centre dans le cadre d'une prise en charge intensive post-hospitalière du 29 mai 2006 au 26 juin 2006, veille de la poursuite du traitement par le psychiatre traitant. Selon ces médecins, l'intéressée, qui présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques F33.2 et une fibromyalgie, n'avait plus d'envies hétéro-agressives et les éléments de la lignée psychotique faisaient désormais défaut. En conséquence, ils avaient commencé à diminuer le traitement de Risperdal et n'avaient pas constaté de recrudescence des idées délirantes hétéro-agressives. La patiente demeurait toutefois triste avec une tension interne, des troubles de la concentration étaient également constatés, ainsi qu'une diminution de l'appétit, mais les troubles du sommeil étaient améliorés sous traitement.
22. Dans sa réponse au recours, l'OCAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision attaquée. Il produit un avis du docteur O _____, médecin du SMR, du 12 octobre 2006. Ce médecin a relevé que l'examen SMR du 23 mai 2005 était le reflet de l'état de santé de l'assurée tel qu'il se présentait à ce moment et un tel document n'avait pas la prétention d'être prédictif. Cela étant, les examinateurs du SMR avaient en quelque sorte prévu les conséquences d'un refus en relatant que des idées suicidaires étaient avancées en cas de refus de rente. Pour le docteur O _____ l'imminence des symptômes dissociatifs était donc annoncée et il est très probable que les symptômes qui ont succédé à l'examen au SMR appartiennent au trouble de conversion (F44), autrefois appelé hystérie, classé dans la même catégorie que les troubles somatoformes (F45). Enfin, il estime que l'effet d'un médicament se juge sur la clinique et non sur une mesure plasmatique. L'observation que l'assurée métabolise son antidépresseur plus rapidement que la moyenne est certes intéressante, puisqu'elle permet d'ajuster la dose ou de changer de molécule, mais elle ne préjuge en rien de l'effet de ladite molécule sur sa thymie. Le médecin SMR conclut dès lors à un trouble somatoforme persistant, sans comorbidité psychiatrique grave ni perturbation de l'environnement psychosocial dans tous les domaines de la vie.
23. Dans leurs mémoires de réplique, respectivement de duplique, les parties s'en sont tenues à leurs conclusions.

24. Par courrier du 27 mars 2007, la recourante a sollicité l'audition des docteurs N_____, médecin interne auprès du Département de psychiatrie des HUG, et AB_____, médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi. Ce dernier médecin lui avait reconnu une incapacité de travail définitive qui a eu pour conséquence la suppression des prestations par le Service des mesures cantonales de l'Office cantonal de l'emploi à compter du 16 mars 2007 (cf. avis du médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi du 16 mars 2007).
25. Entendu en qualité de témoin lors de l'audience d'enquêtes du 26 avril 2007, le docteur AB_____ a déclaré avoir vu une première fois l'assurée en octobre 2006. Elle était alors manifestement très malade et incapable de travailler. Comme elle était également suivie par un psychiatre et par de bons médecins il avait espéré une amélioration de la situation, mais lorsqu'il l'a revue en mars 2007, il a dû constater que son état était strictement identique. Sur le plan psychique, elle souffrait de dépression sévère et, sur le plan somatique, de douleurs diffuses. Du point de vue des diagnostics, celui de fibromyalgie était certain. S'y ajoutait celui d'état dépressif sévère à tout le moins et il n'était pas exclu que d'autres affections psychiques soient également présentes. Vu l'absence d'évolution en un laps de temps de six mois, il en a tiré la conclusion qu'elle ne recouvrerait pas sa capacité de travail durant la période où elle relèverait encore de la compétence de l'OCE. C'est la raison pour laquelle il a conclu à une incapacité totale et définitive. Il a fait remonter le début de l'incapacité de travail au 26 juin 2006, car c'est la date que lui avait communiquée l'OCE, ce qui n'avait aucune incidence sur sa capacité à travailler auparavant.
26. Lors de la même audience, la juridiction de céans a également procédé à l'audition de la doctoresse N_____. Celle-ci a exposé avoir vu une première fois la patiente au CTB juste avant son hospitalisation du 3 au 6 janvier 2005 à Belle-Idée. Elle l'avait revue à cette occasion. Elle était alors instable, très difficile à contenir et "agissante" (elle avait absorbé des substances). Elle avait posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère, sans symptôme psychotique car la patiente ne souffrait ni de délire ni d'hallucination. Elle avait prescrit du Zoloft. Se prononçant sur la médication prise actuellement par la recourante, la doctoresse N_____ a indiqué que l'Efexor était un antidépresseur beaucoup plus fort que le Zoloft, ce qui semblait démontrer la persistance d'un état dépressif sévère. Quant au Risperdal, il s'agissait d'un neuroleptique, ce qui semblait indiquer que des symptômes psychotiques étaient apparus. En outre, l'assurée continuant à prendre des médicaments contre les troubles du sommeil, le témoin en a déduit que son état s'était péjoré depuis qu'elle l'avait vue. Elle a encore précisé que la recourante avait perdu énormément de poids au point qu'elle ne l'avait pas reconnue. Enfin, en ce qui concerne le fait que la patiente a été réadressée au CTB après son séjour à la

Clinique de Montana, elle a expliqué que, pour une patiente suivie à titre privé, c'était probablement dans le cadre d'un programme de soutien soutenu ou programme de crise, le psychiatre traitant n'ayant pas la disponibilité pour recevoir son patient tous les 2-3 jours comme peut le faire le CTB. Enfin, elle a certifié que lorsqu'elle avait vu la recourante, elle n'était pas apte au travail.

27. La recourante a précisé, lors de son audition le 26 avril 2007, avoir été suivie par le docteur A _____ E depuis juillet 2003 à raison d'une fois par mois, puis par la doctoresse I _____ dès mars 2005 à raison d'une fois par semaine, puis de deux fois par mois. S'y ajoutait une consultation hebdomadaire chez une psychologue (Madame T _____).
28. Les parties se sont prononcées en dates du 23, respectivement 25 mai 2007 et ont persisté dans leurs conclusions.
29. Le 26 novembre 2007, le Tribunal a informé les parties de ce qu'il entendait ordonner une expertise psychiatrique et confier celle-ci au docteur AC _____. Il les a par conséquent invitées à se prononcer sur le projet de mission d'expertise et faire valoir une éventuelle cause de récusation.
30. L'OCAI a souhaité qu'une question complémentaire soit inscrite dans la mission d'expertise, à savoir "quel est le status spécifique détaillé de cette assurée ?" (lettre du 11 décembre 2007). Pour le surplus, il n'avait pas de motif de récusation à invoquer à l'encontre de l'expert.
31. Quant à l'assurée, qui n'a pas d'objection à faire valoir quant à la personne de l'expert ou aux questions posées à ce dernier, elle a transmis un courrier du Conseiller d'Etat P.-F. UNGER dont il ressort qu'une enquête diligentée par la Commission de surveillance des professions de la santé a permis de retenir des agissements professionnels incorrects à l'encontre du docteur F _____ dans le cadre de l'expertise qu'il avait menée concernant l'assurée (courrier du 20 novembre 2007). En conséquence, elle a demandé à ce que ladite expertise soit écartée du dossier.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.
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. 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). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse, du 21 août 2006, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

4. Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).
5. 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). 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).

b) 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, 4^{ème} édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^{ème} 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).

c) 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).

6. a) En l'espèce, il est constant que les troubles de santé principaux présentés par la recourante sont d'ordre psychiatrique : l'ensemble des médecins qui se sont prononcés sur son cas ont pu constater un trouble dépressif récurrent (dont la qualification en intensité varie selon les praticiens concernés) ainsi qu'une fibromyalgie ou trouble somatoforme douloureux chronique. D'autres affections (trouble de conversion, amnésie dissociative par exemple) ne sont en outre pas exclues.
- b) Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).
- c) 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 lege artis sur les critères d'un système de classification

reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. En outre, dans un arrêt récent (ATFA non publié du 8 février 2006, I 336/04, prévu pour la publication dans le Recueil officiel), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50).

Au nombre des critères dégagés par jurisprudence permettant de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), 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. En outre, il est admis que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (cf. notamment ATFA non publié du 28 juin 2005, I 524/04).

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 sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 et les références citées).

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 TFA, 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 et les références citées).

7. Dans le cas d'espèce, la recourante a été soumise à plusieurs examens et expertises. L'intimé se fonde sur l'expertise bi-disciplinaire effectuée par les docteur K_____ et L_____, du SMR, pour contester la persistance d'une incapacité de travail dans la profession exercée par l'intéressée au-delà du 31 janvier 2005.

Or, si tant est que le rapport rédigé par ces médecins remplit a priori les réquisits jurisprudentiels pour que lui soit reconnue pleine valeur probante, il n'en demeure pas moins que la quasi totalité des autres avis médicaux figurant au dossier concluent à la persistance d'un état dépressif récurrent sévère au-delà de la fin de l'année 2004. Les différents médecins appelés à se prononcer, qui ne sont pour la plupart pas des médecins traitants au sens de la jurisprudence, ont unanimement reconnu que la recourante souffrait de graves atteintes à sa santé psychique la

rendant tout à fait incapable de mettre à profit une quelconque capacité de travail et ce depuis son arrêt de travail du 23 mai 2003 à ce jour. Ces considérations ont été confirmées en audience d'enquêtes par deux médecins, dont l'un deux a même émis un avis ayant eu pour conséquence la suppression du droit de l'intéressée aux indemnités maladie allouées dans le cadre de l'assurance-chômage, puisqu'elle a été déclarée définitivement incapable de travailler. Par ailleurs, il a été démontré que la recourante n'était pas réceptive à son traitement antidépresseur, dans la mesure où les doses qui lui étaient administrées (pourtant maximales selon la posologie usuelle) étaient largement insuffisantes eu égard à un problème de métabolisation. Le traitement médicamenteux ne pouvait pas avoir l'effet escompté avant adaptation des doses. Enfin, les diverses hospitalisations en milieu spécialisé, ainsi que les suivis intensifs ponctuels, la psychothérapie soutenue (psychiatre et psychologue) et le traitement médicamenteux important sont autant de faits qui permettent légitimement de mettre en doute les conclusions auxquelles ont abouti les médecins du SMR dans leur rapport du 1^{er} juin 2005 et qu'ils ont confirmées ultérieurement.

Le seul médecin dont les conclusions rejoignent celles des experts du SMR est le docteur F_____. Or, le Tribunal de céans ne saurait retenir son avis comme probant. Premièrement, ce médecin fait état d'une amélioration de la capacité de travail dès janvier 2005, puis d'une guérison dès février 2005, alors qu'il n'a pas vu l'expertisée à cette période, mais plusieurs mois auparavant. Ses conclusions sont donc fondées sur des suppositions qui n'ont pu être confirmées lors d'entretiens avec les médecins traitants de l'intéressée, ceux-ci continuant à attester d'une incapacité de travail totale. Deuxièmement, le diagnostic retenu, à savoir un épisode dépressif moyen avec somatisation est en contradiction flagrante avec le résultat de ses constatations qui lui font dire qu'au jour de l'expertise, la recourante souffre d'un épisode dépressif léger et en voie de guérison. Ensuite, ce rapport d'expertise a fait l'objet d'une plainte de la part de la recourante auprès de la Commission de surveillance des professions de la santé qui a jugé utile d'ouvrir une enquête et a retenus des agissements professionnels incorrects à l'encontre du médecin dans le cadre de l'expertise effectuée sur la personne de la recourante.

Vu l'ensemble des circonstances, il n'est pas possible de se prononcer sur l'état de santé de la recourante de façon fiable. Ses atteintes à la santé doivent être investiguées une nouvelle fois sur le plan psychiatrique (le volet rhumatologique étant suffisamment documenté), afin de déterminer la gravité de l'état dépressif dont elle souffre, ainsi que celle du trouble douloureux. Par ailleurs, il conviendra également d'obtenir une réponse à la question de savoir si, et dans la mesure où les

diagnostics susmentionnés sont confirmés, l'état dépressif est indépendant du trouble douloureux ou s'il en fait au contraire partie intégrante.

8. Il se justifie dès lors de diligenter une nouvelle expertise psychiatrique afin de déterminer la capacité de travail de la recourante, ce qui permettra ensuite d'évaluer le degré d'invalidité de celle-ci.
9. Cette expertise sera confiée au docteur AC _____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (route de Berne 73, 1010 Lausanne).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Préparatoirement :

2. Ordonne une expertise médicale.
3. Commet à ces fins le docteur AC _____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à Lausanne.
4. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité S _____.
 - c. Examiner S _____.
 - d. Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
 1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?

2. Quel est le status spécifique détaillé de S _____ ?
3. Quelles sont les atteintes à la santé dont souffre S _____ d'un point de vue psychiatrique ?
4. En cas de troubles psychiques, quel est le degré de gravité de ceux-ci (faible, moyen, grave) ? Depuis quelle date sont-ils présents ?
5. Quelle a été l'évolution de ces troubles ? Une amélioration est-elle possible à court/moyen terme et si oui de quel ordre ?
6. Quel traitement est indiqué ? S _____ suit-elle un traitement adéquat ?
7. Confirmez-vous le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ?
Si oui :
8. Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? Si oui de quelle importance ? Ce trouble psychique a-t-il valeur de maladie en tant que tel ou doit-il être considéré uniquement comme une manifestation réactive au trouble somatoforme douloureux, non constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome ?
9. Existe-t-il des affections corporelles chroniques ?
10. Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ?
11. S _____ subit-elle une perte d'intégration sociale et, cas échéant, dans quelle mesure, de quelle manière et depuis quand ?
12. Existe-t-il chez S _____ un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) ?
13. Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art ?
14. Des mesures de réhabilitation seraient-elles utiles ?
15. S _____ dispose-t-elle - et si oui dans quelle mesure - de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs,

respectivement ses atteintes psychiques, aux fins d'exercer une activité lucrative ?

16. Compte tenu de votre diagnostic, S_____ pourrait-elle exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?
17. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées est-elle identique à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 21 août 2006 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ?
18. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

e. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

5. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en deux exemplaires au Tribunal de céans.
6. Réserve le fond.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 10 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 AB_____ent 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).

La greffière

La Présidente

Janine BOFFI

Karine STECK

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