

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4347/2006

ATAS/646/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 22 mai 2008

En la cause

Madame C _____, domiciliée à THONEX, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître LOCCIOLA Maurizio

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Olivier LEVY et Christine KOEPEL, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame C _____, née en 1971, a bénéficié d'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juillet au 31 août 1995 suite à une fracture de la clavicule (pces 33 à 35 OCAI).
2. Le 29 septembre 2004, elle a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) en alléguant être dans l'incapacité totale de travailler depuis le 26 juin 2003.
3. Procédant à l'instruction de la demande, l'OCAI a notamment requis des informations du dernier employeur de l'assurée, la TEINTURERIE X _____. Ce dernier a précisé que l'intéressée, qui avait travaillé à temps plein, n'avait plus repris le travail depuis le 25 juin 2003. Son contrat avait été résilié avec effet au 30 mai 2004 (pce 15 OCAI).
4. L'administration a également requis copie des pièces du dossier établi par l'assurance perte de gain de l'intéressée, SWICA ORGANISATION DE SANTE (ci-après : SWICA). Y figurent notamment les documents suivants (pce 17 OCAI) :

Mandaté par SWICA, le docteur L _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise le 30 septembre 2003. Il a conclu à un trouble somatoforme indifférencié (diagnostic d'exclusion ; F45.1) et à des exagérations symptomatiques pour des motifs non médicaux (Z76.2). Le médecin a jugé que d'un point de vue psychiatrique, la capacité de travail était totale. S'il a néanmoins admis une incapacité de 100 % jusqu'au 14 octobre 2003, puis de 50 % jusqu'au 21 octobre 2003, c'est en raison d'une PSH de l'épaule droite (conflit sous-acromial probable) diagnostiquée par le médecin traitant, le docteur M _____. Le docteur L _____ a décrit l'assurée comme menteuse, non sincère, exagérant ses symptômes, agressive, de mauvaise volonté notamment face à la reprise du travail. Selon lui, quand bien même elle disposait de tous les traitements et du réconfort nécessaires, elle ne les utilisait pas.

Le 5 novembre 2003, le docteur L _____ a complété son expertise suite à l'hospitalisation de l'assurée à compter du 17 octobre 2003. Il a relaté avoir pris langue avec le docteur N _____, médecin interne en psychiatrie au Centre de thérapie brève (ci-après : CTB) où se trouvait la patiente. Ce médecin lui a précisé que l'intéressée présentait énormément d'idées suicidaires, que la prise en charge était difficile en raison du comportement impulsif, des crises élastiques et de l'attitude peu commode. Il a également dit être conscient de la difficulté de la prise en charge et des futurs problèmes à affronter lorsqu'il aurait à placer l'assurée dans la réalité de ses obligations professionnelles, mais se disait prêt à faire face à de nouvelles attaques et à informer sa patiente des règles communes aux assurés. Afin de laisser les

médecins du CTB apporter les soins nécessaires à l'état de la patiente et compte tenu du tableau clinique et des délais nécessaires au rétablissement, le docteur L_____ a proposé de prolonger l'incapacité de travail jusqu'au début du mois de décembre 2003, puis de réévaluer brièvement la situation si l'assurée ne reprenait pas son activité au moins à 50 % au 15 décembre 2003 et à 100 % au 15 janvier 2004.

Ladite réévaluation a eu lieu le 21 janvier 2004. Le docteur L_____ a rendu son rapport y relatif le 23 février 2004. Il y rappelle avoir, lors de sa première évaluation, pointé l'existence d'exagérations symptomatiques, pour ne pas dire d'une simulation, chez une personne présentant, par ailleurs, différentes plaintes relatives à des douleurs sans substrat anatomique. Il a en particulier mentionné que l'assurée était fermement décidée à ne pas retourner au travail et qu'elle avait des propos manipulateurs. Au moment de la reprise de travail fixée par l'expert, elle avait présenté diverses crises clastiques et avait été introduite dans un programme de soins au CTB, comme elle l'avait elle-même annoncé au préalable. L'assurée s'emportait lorsqu'on lui fixait des limites; aucune alliance n'était possible. Elle décidait de ce qu'elle voulait et cassait des objets si on s'opposait à ses vues. Elle s'était vu refuser l'entrée dans un programme spécialisé pour les patients borderline; le docteur L_____ en a déduit, sans toutefois posséder de rapport émanant du CTB, que les médecins n'avaient pas voulu la prendre vu son attitude manipulatrice et qu'ils n'avaient pas jugé que son état nécessitait impérativement des soins visant à la protéger d'elle-même ou à protéger la société, faute de quoi ils l'auraient hospitalisée en entrée non volontaire en milieu psychiatrique. Sur le fond, le docteur L_____ n'a trouvé aucun symptôme clinique vraiment convaincant et a donc réalisé un test indépendant (inventaire multiphasique de personnalité) qui lui a permis de conclure que l'assurée mentait et tentait de se faire passer pour plus mal qu'elle n'était en réalité. Dans une telle situation, il a conclu que toutes les plaintes formulées au plan psychopathologique devaient être interprétées comme peu fiables. Il a donc maintenu sa position quant à l'existence d'exagérations et de simulation, ainsi que les conclusions de son précédent rapport. L'assurée, tout en manipulant ses symptômes, répondait à la fois à certaines définitions des troubles borderline et de la dépression et pouvait avoir une structure de personnalité proche des états limite avec une tendance à la toute puissance et aux attentes magiques.

Dans un avis du 26 septembre 2003, le docteur M_____, médecin traitant de l'assurée depuis le 16 septembre 2003, a mentionné une PSH de l'épaule droite sur un fond d'état dépressif et anxieux favorisant manifestement les troubles somatiques, hyperinvestis sur un mode très revendicateur. Le médecin a suggéré que le psychiatre traitant de l'assurée pourrait certainement apporter plus de précisions à ce sujet.

Deux rapports médicaux succincts du docteur O _____, ancien médecin traitant de l'assurée, font état d'un état dépressif sévère avec état anxieux et incapacité de travail du 8 au 14 novembre 2000 (rapport du 17 novembre 2000) et d'un état dépressivo-anxieux sur intervention dentaire compliquée d'une surinfection engendrant une incapacité de travail totale de durée indéterminée à compter du 21 octobre 2002 (rapport du 6 novembre 2002).

Le docteur P _____, psychiatre traitant, a diagnostiqué le 4 juillet 2003 un trouble dépressif, épisode sévère, en relation avec une sévère allergie au nickel après traitement dentaire.

Dans un résumé d'observation du 26 août 2003, les médecins du Service de chirurgie viscérale des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) ont mentionné, entre autres, un état anxio-dépressif traité et ont pu constater que la patiente, qui avait demandé un suivi psychiatrique durant son hospitalisation, était très angoissée.

Enfin, dans un rapport du 30 août 2004, le docteur Q _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a exposé que l'assurée présentait une mauvaise gestion émotionnelle, une labilité d'humeur, de l'impulsivité, un sentiment de vide et d'inconsistance, tableau relevant d'une personnalité émotionnellement labile, type borderline. Selon le médecin, la mauvaise tolérance de ses émotions pouvait conduire l'assurée à des actes autodommageables pour se soulager. Elle portait un jugement négatif sur elle-même, ce qui pouvait la conduire à présenter des états dépressifs itératifs. La prise en charge (psychothérapeutique et biologique) était adéquate, mais devrait durer encore plusieurs mois pour que l'assurée puisse gérer plus adéquatement ses émotions et son fonctionnement impulsif qui en découle. Le médecin a émis l'avis qu'une reprise de travail serait délétère, l'intéressée ne pouvant fonctionner dans le circuit économique normal, vu son grave trouble de la personnalité. Le pronostic était par ailleurs très réservé à cet égard, une reprise d'activité étant toutefois envisageable dans les 4 à 6 mois. Le spécialiste a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et personnalité émotionnellement labile, type borderline.

5. Interrogée par l'OCAI, la doctoresse R _____, spécialiste en psychiatrie assurant le suivi de l'intéressée depuis le 5 novembre 2003, s'est prononcée le 20 novembre 2004 (pce 19 OCAI). Elle a posé les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique (F33.11), depuis plusieurs années, grave trouble de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.3) avec traits de personnalité histrionique (F.60.3) depuis l'adolescence, plusieurs tentamens médicamenteux (X61) depuis plusieurs années et syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Le médecin a également mentionné, tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de

travail : un excès pondéral important avec BMI proche de 30 et une hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques (F50.4). La doctoresse R_____ a conclu à un incapacité de travail totale à compter de la première consultation; elle a toutefois précisé que cette incapacité pourrait diminuer après mesures médicales, tout en précisant que le pronostic restait mauvais compte tenu de la durée et de la lourdeur de la psychopathologie, qui n'était pas réactionnelle à des événements de vie adverses ni liée à des raisons socio-économiques ou conjoncturelles. Le médecin a encore ajouté que la thérapie médicamenteuse était lourde (antidépresseur, neuroleptique, anxiolytique et sédatif) et qu'il n'y avait pas eu d'amélioration durable malgré une thérapie individuelle, une thérapie de couple, une participation de plusieurs semaines au groupe des comportements autodommageables (CARE) des HUG, ainsi que plusieurs hospitalisations à Belle-Idée (clinique psychiatrique des HUG), au CTB et à la Clinique genevoise de Montana (où l'assurée était alors en séjour).

La spécialiste a annexé à son rapport divers documents médicaux :

Le premier est un résumé d'intervention CTB du 28 novembre 2003 (le docteur M_____ avait adressé sa patiente au CTB en raison d'une volonté de mettre fin à ses jours liée à la résurgence de la souffrance due au décès de son père). Les docteurs S_____ et N_____ ont conclu à un épisode dépressif moyen sans syndrome psychotique (F32.10) et à une personnalité émotionnellement labile, type borderline (60.31). L'assurée a séjourné plusieurs nuits au CTB; la fréquence de ces séjours a pu être peu à peu diminuée. A la sortie, la thymie était améliorée, mais demeurait fluctuante, avec persistance d'idées suicidaires chroniques sans projet, apparaissant en fonction des stress rencontrés. L'intéressée se disait fatiguée, avec un sommeil et un appétit diminués. Elle était toutefois dynamique, avec de nombreux sourires durant les entretiens et avait acquis des capacités d'autocritique accompagnées d'une réelle motivation à changer et à se soigner.

Un second document, émanant des HUG, fait état d'un séjour sur entrée non volontaire au sein du service de psychiatrie adulte du 27 mars 2004 au 7 avril 2004. Les médecins ont relaté que l'intéressée avait présenté des attaques de colère qu'elle ne pouvait contrôler et qui rendaient sa vie difficile depuis de nombreuses années. Elle avait bénéficié d'un suivi psychiatrique au CTB Servette, puis avec la doctoresse R_____ en raison d'un état dépressif avec trouble du comportement important. L'indication à la participation au programme CARE n'avait pas été retenue eu égard à un manque de collaboration et aux troubles du comportement. Le jour de l'hospitalisation, suite à un conflit avec le conjoint, l'assurée avait fait preuve d'une violente agitation avec destruction de mobilier à son domicile. Le médecin urgentiste avait fait intervenir la police et le psychiatre de garde extrahospitalier, qui avait décidé de l'internement. Des entretiens de couple avaient mis en évidence un

conflit de couple qui exacerbait les attaques de colère, la patiente ne pouvant faire confiance à son mari. Une prise en charge spécifique a été proposée pour travailler le problème des crises de colère et un nouveau médicament (Seroquel ; antipsychotique) introduit. Le retour à domicile de l'assurée, qui présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), un trouble de personnalité borderline (F60.31) et une fibromyalgie, s'était effectué moyennant reprise du suivi avec la psychiatre traitante et appui CTB de nuit et le week-end (rapport du 14 avril 2004 des docteurs MUSCIONICO et CHARMILLOT).

Le 23 juillet 2004, les docteurs T_____ et U_____, du département de psychiatrie adulte des HUG, ont posé le diagnostic principal de trouble de la personnalité type borderline (F60.31). Ils y ont ajouté ceux de trouble dépressif récurrent, épisode léger et de fibromyalgie. Les médecins ont fait état d'une seconde hospitalisation non volontaire (du 29 juin 2004 au 16 juillet 2004) en raison d'idéations suicidaires liées au départ en vacances du fils de l'assurée, sur certificat de la doctoresse V_____ du programme CARE. L'introduction d'un nouveau médicament a permis à la patiente, qui a réussi à détecter les moments de fortes tensions (angoisses), à se contrôler et éviter tout débordement se caractérisant par un comportement violent avec destruction de mobilier.

Une troisième hospitalisation sur entrée non volontaire a eu lieu du 3 au 24 août 2004. Les docteurs W_____ et A_____, psychiatres aux HUG, ont exposé que l'assurée, à son retour de Belle-Idée, s'était rapidement sentie irritable, tendue, capable de réagir violemment à la moindre contrariété; elle tenait des propos tristes et éprouvait un sentiment de culpabilité vis-à-vis de sa famille; de plus, des idées de mort étaient présentes et elle s'était automutilée pour soulager les moments de tension et d'anxiété (brûlures sur le corps, le visage et la langue au moyen d'un fer à repasser). Les diagnostics étaient demeurés inchangés et la patiente conservait une grande sensibilité affective, une grande impulsivité et un manque de contrôle avec des manifestations de violence parfois physique, parfois verbale. Elle avait par ailleurs réussi à mieux gérer les moments de grande tension à la fin de son hospitalisation en demandant des entretiens ou en prenant des médicaments en réserve, alors qu'au début de son séjour, elle avait continué à se mutiler (dermo-abrasions).

Enfin, un rapport émanant des docteurs B_____ et D_____, de la Clinique genevoise de Montana (où l'assurée a séjourné du 4 au 24 février 2004 pour soutien et éloignement du contexte) mentionne notamment les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec symptômes somatiques (F33.11), trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.30), syndrome douloureux chronique (F45.4).

6. Dans un document du 30 novembre 2004 (pce 27 OCAI), le docteur M _____ a signalé que l'état de sa patiente, qui était atteinte d'un trouble dépressif récurrent, d'un trouble de la personnalité borderline et d'une fibromyalgie, s'aggravait.
7. Le 22 mai 2006, l'assurée a été examinée par la doctoresse E _____, du SMR (pce 60 OCAI). Dans son rapport d'examen psychiatrique daté du 18 août 2006, ce médecin (qui a signé avec la mention "psychiatre FMH") a estimé que l'intéressée ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante. Elle a néanmoins mentionné, en tant que "diagnostics associés non du ressort de l'AI" : un trouble de la personnalité de type borderline non décompensé, une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, ainsi que des épisodes de dépression réactionnelle en rémission complète. Selon le médecin, la capacité de travail était totale dans tout type d'activité et ce depuis toujours, du point de vue psychiatrique.

Reprenant les propos de la doctoresse E _____, le docteur F _____, médecin SMR, a déclaré que l'assurée présentait essentiellement une labilité de l'humeur avec des traits caractériels, une impulsivité poussant à l'action irréfléchie, un vide affectif, des menaces de suicide ou d'auto-agressivité, faisant typiquement partie du trouble de personnalité émotionnellement labile de type borderline qui n'était pas une affection psychiatrique invalidante selon la jurisprudence. Il n'y avait par ailleurs pas d'autre atteinte à la santé invalidante (pce 57 OCAI).

8. L'OCAI a communiqué à l'assurée, le 5 septembre 2006, un projet de refus de prestations (pce 62 OCAI), que cette dernière a contesté par courrier du 11 septembre 2006 (pce 63 OCAI), en faisant notamment valoir qu'elle avait été hospitalisée à huit reprises à la Clinique de Belle-Idée et en requérant la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.
9. L'OCAI a confirmé son projet par décision formelle du 18 octobre 2006. En substance, il a considéré, sur la base du rapport d'examen rédigé par la doctoresse E _____, qu'il n'existait pas de pathologie psychiatrique invalidante et qu'il n'y avait pas lieu de diligenter une nouvelle expertise psychiatrique le rapport susmentionné étant tout à fait objectif.
10. Par mémoire du 20 novembre 2006, C _____ a interjeté recours contre cette décision, dont elle requiert l'annulation en concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2004.

En résumé, la recourante conteste la valeur probante du rapport rendu par la doctoresse E _____ dans la mesure où cette dernière s'est basée sur les conclusions et considérations du docteur L _____, lesquelles ont été écartées non seulement par les médecins traitants mais également par un second expert psychiatre mandaté par l'assurance perte de gains. La recourante a souligné que ces mêmes conclusions ont par ailleurs été remises en cause par le Tribunal cantonal des assurances sociales dans la procédure intentée contre SWICA, assureur perte de

gain. La recourante soutient que l'ensemble des médecins ayant eu à connaître de son cas sont catégoriques : elle n'est plus en mesure de mettre à profit une capacité de travail résiduelle en raison d'une maladie réelle et durable.

A l'appui de son recours, l'assurée produit divers documents, dont une lettre de son médecin traitant, le docteur M_____, datée du 30 avril 2004 (pce 9 recourante). Ce médecin y expose n'avoir jamais eu de contact avec l'expert L_____ dans le cadre de son mandat, contrairement à ce qui est mentionné dans le rapport d'expertise de ce dernier. Le docteur M_____ ajoute que même pour une personne sans formation médicale, il est évident que sa patiente présente des troubles psychiques et de la personnalité sévères, lesquels ont d'ailleurs été à l'origine de plusieurs hospitalisations psychiatriques et d'un dysfonctionnement socioprofessionnel majeur actuellement très invalidant. Le médecin fait remarquer que les situations d'exagération symptomatique pour des motifs non médicaux et de mensonges telles que décrites par le docteur L_____ sont tout à fait rarissimes et aisément dépisables. Le docteur M_____ souligne la gravité des accusations de l'expert et estime qu'elles relèvent de la diffamation. De son point de vue, l'attitude du docteur L_____ dénote une intention délibérée de nuire à la patiente.

La recourante a également produit un courrier du 2 mai 2004 dans lequel la doctoresse R_____ s'est elle aussi exprimée relativement au rapport d'expertise du docteur L_____. En substance, la doctoresse R_____ y explique que la participation au programme CARE impliquait de préférence la prise d'une médication limitant les manifestations d'impulsivité. Or, le neuroleptique prescrit (Leponex) avait provoqué chez sa patiente un malaise hypotensif sévère (confirmé par le docteur M_____ et ayant nécessité un transport en ambulance aux urgences des HUG). C'est donc suite à la prescription d'un second neuroleptique mieux toléré (Seroquel) que l'intéressée avait pu mieux profiter du groupe thérapeutique CARE, particulièrement indiqué pour des patients souffrant de graves troubles de personnalité type borderline. Le docteur L_____ lui avait effectivement téléphoné, mais n'avait nullement repris l'avis qu'elle avait exprimé et qui était en contradiction totale avec celui de l'expert. Le rapport de ce dernier était, selon elle, tendancieux et éthiquement inacceptable. Le test MMPI-2 ne pouvait aucunement déresponsabiliser le psychiatre qui en assurait la passation, les résultats étant fonction de nombreux facteurs subjectifs, dont les intentions de l'examineur lui-même. Quant aux tests sanguins (monitoring médicamenteux), ils démontraient un taux de fluoxétine (anti-dépresseur prescrit à la période considérée) plus que suffisant, même légèrement supérieur à la normale attendue, et un taux de clozapine et norclozapine (Leponex et ses dérivés) bas, mais présent. La psychiatre rappelle à ce propos que l'assurée avait dû interrompre la prise de ce médicament en décembre 2003 suite à un malaise. Les dosages sanguins ne démontraient donc rien d'autre que la bonne foi de l'intéressée. Enfin, en regard de l'exclusion du diagnostic de trouble somatoforme indifférencié au profit de celui

d'exagérations symptomatiques pour des motifs non médicaux, elle fait remarquer que les médecins de la Clinique genevoise de Montana ont relevé à deux reprises une tendance à la somatisation (diagnostic principal : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique ; comorbidité : trouble douloureux chronique [connu dans la CIM 10 sous la dénomination de syndrome douloureux somatoforme persistant]). En outre, les médecins de Belle-Idée ont mentionné le diagnostic de fibromyalgie – difficile à différencier du syndrome douloureux somatoforme persistant – en avril 2004, alors que leurs confrères du CTB ne parlaient pas encore de somatisation en novembre 2003. Enfin, la doctoresse R_____ confirme une incapacité de travail totale.

Au nombre des pièces produites par la recourante figure également un courrier du docteur G_____, psychiatre aux HUG intervenant de façon ponctuelle dans sa trajectoire psychiatrique dans le cadre du programme CARE, du 24 juin 2004 (pce 13 recourante). Ce praticien a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et personnalité émotionnellement labile de type borderline. Il a indiqué que sa patiente éprouvait des difficultés dans la tolérance et la gestion des émotions, notamment la colère et la tristesse, qui pouvaient apparaître lors de situations courantes de la vie quotidienne ou être générées par des pensées et engendraient une tension interne pouvant rapidement devenir insoutenable, menant à des comportements extrêmes en vue de soulagement (brûlures, crises clastiques, crises de colère). Les ruminations pouvaient entraîner et entretenir des épisodes dépressifs répétitifs qui accentuaient la vulnérabilité émotionnelle. L'aspect impulsif interférait encore de façon importante avec les relations sociales et continuait de retarder l'immersion dans un milieu professionnel, même à temps partiel.

Enfin, dans une seconde lettre du 17 novembre 2006, la doctoresse R_____ a actualisé son appréciation. Elle a mentionné les diagnostics de trouble de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) avec traits de personnalité histrioniques ; de dysthymie (F34.1) entrecoupée depuis plusieurs années d'épisodes de dépression majeure dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent (F33) ; de trouble somatoforme douloureux (F45.4) ; ainsi que de troubles du comportement alimentaire (F50.9) ayant pour conséquence des variations de poids de l'ordre de 25 à 30 kg en trois ans. Les médicaments prescrits comportaient un anti-dépresseur, un stabilisateur d'humeur, un stupéfiant antalgique – remplacé par un autre principe actif en raison de la somnolence induite – et un somnifère. Sa patiente avait été hospitalisée en milieu psychiatrique à treize reprises depuis 2003. Relativement à l'avis de la doctoresse E_____, outre certaines remarques ponctuelles, elle a mis en exergue le fait qu'il lui semblait difficile de croire qu'une patiente ayant fait autant de séjours en milieu psychiatrique, plusieurs fois en entrée non volontaire, et se faisant prescrire un stupéfiant comme antalgique, ne présentât pas de troubles psychiques. Par ailleurs, l'extrême instabilité thymique, les troubles du comportement, les mécanismes de défense de type psychotique (projection,

clivage) – même en l'absence de signes florides de psychose (tels que perte de contact avec la réalité, hallucinations et idées délirantes) – signaient une perception très déformée de la réalité.

11. Dans sa réponse du 30 janvier 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours en invoquant deux avis du SMR.

Le premier, du 15 janvier 2007, émane du docteur F_____, généraliste FMH. Ce médecin estime que le dossier est toujours dans l'impasse, vu les avis contradictoires tant au plan du diagnostic que des répercussions sur la capacité de travail et il n'y a pas de synthèse du cas au plan médical permettant au Tribunal de se prononcer. A son avis, une nouvelle expertise n'aurait pas vraiment de sens et risquerait tout au plus d'apporter un élément contradictoire supplémentaire. Il a donc proposé de faire revoir l'intégralité du dossier au SMR par un psychiatre expérimenté.

Le deuxième avis est un courriel succinct du 25 janvier 2007 de la doctoresse E_____ qui rappelle la capacité de travail de 100 % dès le 22 octobre 2003 fixée par le docteur L_____, la reprise d'activité envisageable dans les 4 à 6 mois mentionnée par le docteur Q_____ le 30 août 2004, la capacité de travail totale à laquelle conclut l'examen clinique SMR du 22 mai 2006. Pour le surplus, elle fait valoir que la symptomatologie dépressive réactionnelle est décrite par le docteur S_____ (« en raison de tensions familiales »), par le docteur T_____ (« conflit avec son mari »), etc. Le 22 mai 2006, la symptomatologie dépressive était en rémission complète et le trouble de la personnalité non décompensé, le diagnostic de majoration de symptômes expliqué selon les critères de la CIM-10. Elle n'avait donc rien à ajouter à ses conclusions.

12. La recourante a requis du Tribunal qu'il ne reconnaisse aucun caractère probant aux avis signés par la doctoresse E_____, vu qu'elle ne serait pas autorisée à porter le titre de spécialiste FMH en psychiatrie. Elle a par ailleurs produit un nouvel avis de son psychiatre traitant, du 9 février 2007. Le médecin y confirme qu'outre une dysthymie habituelle fréquemment associée au trouble de personnalité borderline, la patiente souffre depuis des années d'épisodes récurrents de dépression majeure qui sont bien plus profonds que de simples épisodes de dépression réactionnelle due à des tensions familiales ou à des conflits de couple. Elle met également en évidence le fait que le rapport du SMR ne fait aucune mention des pathologies de la famille d'origine, de l'enfance douloureuse de la patiente ainsi que de la colère et la haine tenaces que cette dernière voue à sa mère. L'assurée a en effet perdu son père à l'âge de 7 ans dans des conditions dramatiques et elle tient sa mère pour responsable directe de ce décès. Bien que son père se soit montré violent avec toute la famille, elle en gardait un souvenir idéalisé contrastant avec la haine entretenue à l'égard de la mère.

13. Objectant les qualités et l'expérience acquises par la doctoresse E_____, l'intimé a considéré que l'absence de titre FMH en psychiatrie ne devait pas avoir d'influence sur les rapports qu'elle avait rédigés. En outre, son rapport d'examen répondait à tous les réquisits jurisprudentiels pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue et il confirmait donc ses conclusions tendant au rejet du recours.
14. Le 26 avril 2007, le conseil de la recourante a informé le Tribunal de ce que cette dernière était internée à Belle-Idée depuis le 8 février 2007. Il a fait parvenir les rapports y relatifs, ainsi qu'un avis complémentaire de la doctoresse R_____, daté du 15 mai 2007. Celle-ci se dit très inquiète pour le devenir psychosocial de sa patiente qui venait de subir deux nouvelles hospitalisations, dont la seconde en entrée non volontaire. Même si tel n'était pas le cas de la première, les médecins de Belle-Idée avaient jugé son état suffisamment grave pour la garder deux mois à la Clinique, ce qui était rarement le cas en général, vu les restrictions budgétaires.

Le résumé de séjour du 19 avril 2007, signé par les docteurs H_____ et I_____, fait état d'une hospitalisation volontaire (du 7 février au 16 avril 2007) sur certificat du docteur M_____, en raison d'une recrudescence de l'état dépressif associée à une importante impulsivité avec un risque de passage à l'acte auto- et hétéro-agressif. Divers examens ont été pratiqués eu égard à l'importante perte de poids de l'intéressée et de ses troubles alimentaires, mais se sont révélés normaux, si ce n'est la mise en évidence de carences (perte de poids d'environ 40 kg en six mois). Vu les symptômes dépressifs et l'augmentation de l'impulsivité, le traitement anti-dépresseur a été modifié et diverses mesures entreprises afin de permettre à la patiente de gérer au mieux les tensions.

Le 2 mai 2007, un nouveau rapport des HUG mentionne une hospitalisation non volontaire du 21 au 27 avril 2007 due à un risque auto- et hétéro-agressif dans le contexte d'un trouble grave de la personnalité borderline. La patiente avait, suite à des crises clastiques à domicile avec menaces suicidaires par veinosection et menaces de mort envers son mari, été transférée à Belle-Idée après avoir reçu une injection de Talofen (neuroleptique). Un traitement par anxiolytiques avait été administré à l'assurée qui était très tendue avec tristesse, agitation psychomotrice et incapacité de contrôler sa colère. Elle présentait par ailleurs une grande labilité émotionnelle. Une amélioration symptomatique avait pu être constatée, avec diminution de la tension et absence d'idées noires ou suicidaires, mais une impulsivité et une irritabilité persistaient. La patiente demeurait vulnérable mais, vu la disparition des critères de dangerosité immédiate, elle était autorisée à sortir pour s'installer chez son frère, le mari ayant entamé des démarches de séparation.

15. L'intimé s'est prononcé sur ces documents. Selon lui, les deux hospitalisations de février et avril 2007 étant postérieures à la décision attaquée du 18 octobre 2006, ne peuvent modifier l'appréciation faite du dossier. Sur le fond, l'intimé se réfère à un nouvel avis du SMR (du 7 juin 2007), signé des docteurs J_____, médecin-

chef du SMR spécialiste en médecine interne et pneumologie, et E_____. En substance, ces praticiens estiment qu'il s'agit - dans les deux cas d'hospitalisation - de crises clastiques à domicile avec menaces auto- et hétéro-agressives dans le cadre d'un conflit de couple, par conséquent de décompensations réactionnelles dans le cadre d'un trouble de la personnalité et ceci en l'absence de diagnostic de décompensation dépressive. En conclusion, il n'y a, pour le SMR, aucun élément nouveau en faveur d'une aggravation durable de l'état de l'assurée et les conclusions du rapport du 18 août 2006 n'ont pas à être modifiées.

16. Le 11 octobre 2007, le Tribunal a entendu la doctoresse R_____ en qualité de témoin.

Celle-ci a notamment confirmé la teneur de son rapport du 17 novembre 2006 et a exposé que sa patiente souffre d'un trouble de la personnalité labile de type borderline, soit d'un trouble émotionnel labile de type impulsif se traduisant par un comportement inattendu, d'importantes variations d'humeur au cours de la journée, de l'agressivité et des troubles d'identité. Selon elle, le diagnostic est très proche de celui de trouble bipolaire de type 2 et se situe entre la névrose et la psychose.

La doctoresse R_____ s'est déclarée sidérée par le rapport de la doctoresse E_____ en tant que cette dernière estime que le trouble de la personnalité est compensé ou plus d'actualité. Le témoin a indiqué avoir eu l'impression que le médecin s'était plus laissé influencé par le rapport du docteur L_____ que par son examen à proprement parler.

La doctoresse R_____ a précisé que sa patiente souffre en outre d'un trouble dépressif récurrent qui oscille entre des épisodes sévères ou moyens et une dysthymie. Cet état était présent avant qu'elle ne prenne en charge l'intéressée, soit avant 2003 et préexistait donc au trouble somatoforme douloureux, ce qui démontre que la dépression n'est pas réactionnelle aux douleurs.

Selon le témoin, vu les diagnostics posés, on ne peut parler d'un manque de motivation de la patiente dont l'état de santé ne laisse pas de place à une telle volonté. Le traitement médicamenteux lourd actuellement administré semble être le plus approprié possible. Il a toutefois des effets sédatifs inévitables, mais cela est compensé par la possibilité de mener une vie sociale un peu plus adéquate et d'éviter des passages à l'acte. L'assurée a limité ses relations sociales, ce qui diminue le risque de conflits, mais engendre un risque de repli sur soi. Malgré la bonne compliance de la patiente, la doctoresse R_____ a émis un pronostic réservé compte tenu de l'ancienneté et de la gravité des troubles diagnostiqués.

17. Se basant sur un nouvel avis SMR, l'intimé a campé sur ses positions.

Ledit avis a été rédigé par la doctoresse K_____ et contient en substance les considérations suivantes : le médecin du SMR partage l'avis du psychiatre traitant

quant au fait qu'un trouble bipolaire ou borderline se situe entre la névrose et la psychose. Par contre, selon lui, le trouble de la personnalité n'est pas proche d'un trouble bipolaire, même de type 2. La doctoresse K_____ se dit sidérée quant aux critiques énoncés à l'égard du rapport de la doctoresse E_____, qui réunit selon elle tous les éléments pour avoir valeur probante. Cela étant, elle dit pouvoir concevoir l'agacement et l'irritation du psychiatre traitant, qui « se bat mordicus » pour affirmer qu'il existe une atteinte invalidante contre l'avis de deux psychiatres neutres et objectifs (les docteurs L_____ et E_____) et qui confond les registres des troubles. Selon la doctoresse K_____, la doctoresse R_____ n'aurait pas indiqué les raisons pour lesquelles le trouble de la personnalité de sa patiente serait invalidant. La doctoresse K_____ reconnaît que les débordements de l'assurée ont parfois conduit à des hospitalisations, mais affirme que celles-ci sont toujours de courte durée et en réaction à un conflit de couple et qu'entre-deux, l'intéressée est parfaitement compensée et a une capacité de travail normale; son incapacité à travailler ne serait donc, selon le médecin du SMR, que brève et sporadique. Quant au diagnostic d'état dépressif récurrent, la doctoresse K_____ considère qu'il ne peut être retenu car il n'a pas été évoqué dans les lettres d'hospitalisation et les docteurs E_____ et L_____ ne l'ont pas retenu comme invalidant. La doctoresse K_____ a par ailleurs écarté les variations de poids rapportées par la doctoresse R_____ - singulièrement le fait que l'assurée ne pèse plus que 45 kg au moment de l'audience du Tribunal - au motif qu'elles ne constituent pas des arguments nouveaux et qu'en l'absence de référence à la taille et au poids précédent, des variations ne sont pas significatives chez une personne dont le poids « fait le yo-yo » depuis de nombreuses années. Le traitement est, selon la doctoresse K_____, certes lourd, mais peut-être pas approprié puisqu'il engendre des effets sédatifs. Quoi qu'il en soit, il ne peut - selon elle - être invoqué comme preuve d'une invalidité. Elle nie l'existence d'élément objectif permettant de vérifier si le traitement a été adapté à la perte de poids, vu que l'assurée est décrite comme somnolente ; de même, en l'absence de dosage sanguin, il n'est pas possible de vérifier si l'intéressée est véritablement compliant, comme le déclare le psychiatre. En conclusion, la doctoresse K_____ a émis l'avis qu'hormis lors des conflits conjugaux, le trouble de la personnalité n'est pas décompensé et le diagnostic de trouble dépressif récurrent ne peut être retenu. Selon elle, une nouvelle expertise psychiatrique est inutile, vu que l'ensemble des avis médicaux convergent, notamment ceux des deux experts (L_____ et E_____).

18. La recourante a quant à elle requis du Tribunal qu'il écarte les avis de la doctoresse E_____ puisqu'elle n'était pas au bénéfice d'une autorisation de pratique de la médecine lorsqu'elle les a signés en indiquant qu'elle était "psychiatre FMH". La recourante fait par ailleurs valoir que les éléments soulevés par la doctoresse K_____ sont sans pertinence aucune et que le rapport du docteur

L_____ n'a pas non plus de valeur probante. Elle produit un ultime avis de son psychiatre, accompagné d'extraits de doctrine médicale.

La doctoresse R_____ y expose notamment que la frontière entre le trouble de personnalité borderline et le trouble bipolaire est un sujet controversé dans la littérature psychiatrique. Elle explique d'une part, que ces troubles présentent des similitudes cliniques évidentes, mêmes si les deux entités ne sont pas entièrement superposables et, d'autre part, que tant le trouble de personnalité borderline que le trouble bipolaire peuvent être, dans leurs diverses manifestations, extrêmement graves et invalidants, pouvant tous deux mener au suicide. Enfin, la doctoresse R_____ a relevé que le diagnostic de trouble dépressif récurrent est mentionné dans divers documents médicaux, y compris l'expertise du docteur Q_____, dont le SMR ne fait pas état.

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. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
3. a) 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).

En l'espèce, la décision litigieuse, du 18 octobre 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 (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

b) 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).

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, sous la forme d'une rente, singulièrement sur la question de savoir si elle présente ou non une atteinte à sa santé invalidante au sens de la loi.

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). 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. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). 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).

6. 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, 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).

7. a) De nombreux rapports médicaux figurent au dossier. L'intimé a fondé son appréciation des troubles présentés par la recourante – de nature psychiatrique exclusivement, ce qui n'est nullement contesté – principalement sur les conclusions du rapport rédigé par la doctoresse E_____.

Or, il apparaît ledit rapport médical, du 18 août 2006, a été rendu par un médecin qui s'est prévalu d'un titre auquel il ne pouvait prétendre en vertu de la législation fédérale et ne disposait par ailleurs pas de l'autorisation de pratiquer prévue par le droit cantonal. Ces irrégularités d'ordre formel liées à la personne du médecin examinateur et à l'exercice de son activité au sein du SMR entachent la fiabilité du rapport médical établi sur mandat de l'administration (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 31 août 2007, I 65/07, notamment). Dès lors, on ne peut accorder une pleine valeur probante à l'appréciation médicale du 18 août 2006 ni, partant, en tirer des conclusions absolues sur l'état de santé de la recourante. Aussi, le Tribunal de céans ne saurait apprécier le caractère invalidant des troubles présentés par l'intéressée sur ce seul avis médical d'une valeur probante affaiblie. Il en va de même des avis subséquents de la doctoresse E_____ qui, au demeurant, ne sont que fort succincts et se limitent pour l'essentiel à affirmer qu'il n'y a rien à ajouter aux considérations contenues dans le rapport initial.

b) Le rapport de la doctoresse E_____ est largement inspiré, quoi qu'en dise l'intimé, de celui du docteur L_____. En effet, non seulement les conclusions en sont identiques (ce qui en soi, il est vrai, n'est pas significatif), mais nombre de remarques se retrouvent textuellement dans chacun des deux rapports. Le SMR, dans ses multiples prises de position, justifie la valeur des conclusions prises par son examinatrice par le fait qu'elles sont corroborées par les conclusions du docteur L_____. Il y a dès lors lieu d'examiner également la valeur probante de l'avis rendu par ce dernier.

Tout d'abord, le Tribunal constate que le rapport du docteur L_____ est émaillé, dans sa partie consacrée à l'anamnèse, de jugements de valeur et

d'appréciations propres à l'expert, alors qu'il devrait au contraire ne contenir que les constatations objectives de l'expert et les dires de l'assuré, sans parti pris. Par ailleurs, le rapport comporte de nombreuses contradictions (pour n'en citer qu'une : l'assurée ne fait pas preuve, selon l'expert, de comportement inadéquat, mais se comporte de manière inadéquate envers lui ; p. 13). Le médecin, qui semble apporter une importance extrêmement significative à une prétendue consommation d'alcool chez une assurée qui déclare ne pas en consommer, tire des conclusions et émet des propositions relatives à une problématique qu'il n'a même pas jugé utile de vérifier (ne serait-ce que par le biais d'analyses). A ce dernier propos, force est de constater que la qualification de menteuse attribuée à l'expertisée repose en partie, ainsi que les diagnostics formulés, sur des résultats d'analyses sanguines (dosage des taux plasmatiques des médicaments prescrits). Or, si ces taux sont nuls pour certains principes actifs, cela est justifié par le fait que l'intéressée ne prend pas (ou plus) tel type de médicament. Les résultats démontrent par contre que l'intéressée prend son anti-dépresseur (Fluctine) et a interrompu la prise de neuroleptique (interruption suite à un malaise dû à une intolérance au médicament). Quant à la seconde partie des résultats obtenus, elle n'est pas relatée dans le rapport, pas plus que les avis des médecins contactés et ayant manifesté leur désaccord avec les conclusions de l'expert. De même, bien des constatations de ce dernier sont clairement contredites par plusieurs avis médicaux antérieurs ou ultérieurs ; on citera en particulier la mention selon laquelle l'expert se serait entretenu avec le médecin traitant de l'intéressée (le docteur M _____), ce que ce dernier nie formellement. Les propos relatés dans le complément d'expertise du 5 novembre 2003 et attribués au docteur N _____, médecin du CTB, ne correspondent nullement avec le rapport co-signé par ce dernier en date du 28 novembre 2003. Enfin, les conclusions auxquelles arrive l'expert ne sont pas convaincantes : dans un premier temps, il estime que l'assurée présente un trouble somatoforme indifférencié (diagnostic d'exclusion) ainsi que des exagérations symptomatiques pour des motifs non médicaux ; l'intéressée ment et simule; dans un deuxième temps, en raison de l'hospitalisation au CTB, l'expert admet une prolongation de l'arrêt de travail (initialement reconnu pour des motifs non psychiatriques – PSH de l'épaule) justifiée par la nécessité d'apporter des soins à la patiente, le tableau clinique qu'elle présente et les délais indispensables au rétablissement. Ce faisant, il revient sur ses conclusions : une simulation de maladie ne justifie pas de traitement et encore moins de rétablissement. Appelé à se prononcer à nouveau, le docteur L _____ confirme ses conclusions initiales sur la base d'un test de personnalité (qui ne constitue pas une expertise au sens où l'entend la jurisprudence), dont il est semble-t-il possible que les résultats soient influencés par les motivations de l'expert lui-même entre autres (cf. avis de la doctoresse R _____), mais mentionne tout de même que l'intéressée répond à la fois à certaines définitions des troubles borderline et de la dépression.

Pareille constellation ne permet en aucun cas d'accorder une quelconque valeur aux conclusions et considérations des rapports du docteur L_____, ce d'autant moins que le Tribunal de céans, dans son arrêt du 31 août 2005 (ATAS/737/2005), avait déjà critiqué les avis de ce médecin, constatant qu'ils étaient suffisamment contredits par les autres pièces médicales pour qu'il n'en soit pas tenu compte.

8. L'ensemble de la documentation médicale – fort abondante en l'occurrence – permet toutefois au Tribunal de céans de conclure à l'incapacité totale de travailler de la recourante sans qu'il soit utile de procéder à une expertise supplémentaire.

En effet, les différents médecins s'accordent à dire que l'intéressée présente, au premier plan, un trouble de la personnalité émotionnelle de type borderline, ainsi qu'un trouble dépressif récurrent dont la gravité varie dans le temps. Un trouble du registre de la somatisation (dénommé tantôt trouble somatoforme douloureux, tantôt fibromyalgie) est également mentionné, mais n'est apparu que postérieurement aux autres diagnostics. Il ne fait nul doute qu'à lui seul, le diagnostic de trouble de la personnalité constitue bien plus qu'un simple obstacle partiel à la réinsertion professionnelle de la recourante. Il s'agit au contraire d'une pathologie qualifiée de grave par plusieurs spécialistes et, à la différence de ce que soutient le SMR, sa décompensation n'est pas seulement sporadique, mais présente bien plutôt un caractère de chronicité et de rigidité en faisant une véritable maladie psychique à caractère invalidant, au contraire de simples traits de personnalité. Les multiples hospitalisations (volontaires ou forcées) de l'assurée démontrent, si besoin est, la sévérité du trouble dont elle est atteinte. A ce propos, il est patent que la symptomatologie persiste, comme l'établissent les nouveaux internements subis par l'assurée après que la décision litigieuse a été rendue. On ne saurait en effet trouver des motifs objectifs autres qu'un état de santé sévèrement perturbé pour justifier les hospitalisations répétées – et parfois de durée relativement importante (jusqu'à deux mois), quoi qu'en dise le SMR – de l'intéressée. Même le docteur Q_____, qui pensait à une reprise de travail dans les quatre à six mois en 2003, émettait pourtant un pronostic très réservé.

Vu le nombre de médecins spécialistes qui ont eu à se prononcer sur le cas de la recourante et leur unanimité relative tant aux diagnostics posés qu'à leurs conséquences sur la capacité de travail, ainsi que les nombreux rapports fort complets et clairement motivés de la psychiatre traitante, il convient de retenir que la recourante présente, depuis le début de son arrêt de travail, une incapacité de travail totale et de longue durée.

Le seul avis dissident de la doctoresse K_____ ne saurait se voir accorder un quelconque crédit. D'une part, il n'est en effet pas de la compétence d'un médecin, même titulaire d'un brevet fédéral de spécialiste en assurances sociales, de se prononcer sur la valeur probante de rapports médicaux, cette question ressortant au domaine juridique. D'autre part, n'étant au bénéfice d'aucune spécialisation

médicale, la doctoresse K_____ ne possède pas les qualifications professionnelles lui permettant de contester les considérations (motivées) d'un spécialiste en psychiatrie, fût-il le médecin traitant, et encore moins de conclure que ce dernier confond les registres des troubles au terme d'une discussion doctrinale au demeurant non étayée par des références ad hoc et parfois peu compréhensible. Enfin, le ton employé par la doctoresse K_____ est pour le moins déplacé dans le cadre d'un rapport de médecin d'assurance, sensé être rédigé de façon objective et neutre.

9. Il suit de tout ce qui précède que la recourante, totalement incapable de mettre à profit une quelconque capacité de travail résiduelle, doit être mise au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité (taux de 100 %), à compter du 1^{er} juin 2004 (échéance du délai de carence ; art. 29 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).
10. L'intimé, qui succombe, supportera les frais de justice fixés en l'espèce à 1'000 fr. Il versera en outre une indemnité à titre de dépens à son adverse partie de 2'500 fr., vu le nombre des actes de procédure.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Partant, annule la décision de l'intimée du 18 octobre 2006.
4. Dit que la recourante a droit à une rente de l'assurance-invalidité entière fondée sur un taux de 100 % à compter du 1^{er} juin 2004.
5. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'intimé.
6. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 2'500 fr. à titre de participation à ses dépens.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Brigitte LUSCHER

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