

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1980, originaire de Turquie, arrivée en Suisse en 1997, mariée et mère de trois enfants, a déposé en date du 23 mars 2009 une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) en invoquant des migraines et des lombalgies chroniques présentes depuis l'enfance et ayant entraîné une totale incapacité de travail à compter du 1^{er} juin 2006.
2. Il ressort du dossier que l'assurée a exercé de 2001 à 2006 la profession de vendeuse en textiles, pour un revenu qui s'élevait, en dernier lieu, à CHF 3'180.- par mois pour un taux d'activité de 88,31% (34 heures hebdomadaires ; cf. questionnaire employeur). Il ressort du rassemblement des comptes individuels AVS de l'assurée que celle-ci a travaillé d'août 2001 à janvier 2005 pour le même employeur et a ainsi réalisé un revenu régulier (env. CHF 43'000.- en 2002 et 2003, env. CHF 30'300.- en 2004).
3. Dans un rapport du 20 avril 2009, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-traitant de l'assurée, a fait état d'un état anxio-dépressif récurrent, présent depuis l'adolescence, avec épisode sévère ayant entraîné une totale incapacité de travail depuis le 1^{er} mai 2006. Le médecin a également mentionné un trouble de l'adaptation entraînant « incohérence et inconsistance au travail ».
4. Le dossier de l'assurée a été soumis au Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) qui a relevé, en date du 28 janvier 2010, que le médecin-traitant n'invoquait aucun élément objectif permettant d'étayer le diagnostic retenu ou de comprendre le retentissement durable de l'atteinte sur la capacité fonctionnelle de l'assurée.
5. Une expertise a été confiée au docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie, qui a rendu son rapport le 8 juillet 2010, sur la base d'un entretien avec l'assurée, de tests psychométriques et du dossier.

L'expert a relaté que l'assurée lui avait indiqué avoir fait une tentative de suicide à l'âge de 11 ans et souffrir depuis longtemps de maux de tête, aggravés depuis 2005 environ, décrits comme constants, en barre au niveau frontal, associés à des douleurs photophobiques et, parfois, à des sensations de vertiges.

L'expert a relevé une très mauvaise concordance entre les tests d'auto- et d'hétéro-évaluation (le Hamilton 17 plaidait pour une symptomatologie dépressive légère alors que le Beck 21 témoignait d'une symptomatologie dépressive sévère ; quant au SCL-90R, il était fortement pathologique pour tous les facteurs, y compris ceux relatifs aux traits paranoïaques et psychotiques), ce qui suggérait une tendance à la

dramatisation et à la majoration des symptômes. L'expert a souligné que cette discordance pouvait en entraîner une autre, d'appréciation, entre l'expert et le médecin-traitant, le second, par définition, faisant le postulat de sincérité de son patient.

Ont été retenus comme diagnostics : un trouble somatoforme indifférencié douloureux et un état dépressif majeur récurrent léger, ainsi qu'une personnalité de type passif/agressif.

Le médecin a relevé une symptomatologie dépressive anxieuse exprimée sur un mode assez dramatique et observé une assurée identifiée à son statut de victime, mais il a fait remarquer que l'analyse attentive du fonctionnement quotidien de l'intéressée montrait que celle-ci pouvait assumer toutes ses tâches quotidiennes, ménagères et éducatives. Quant à l'examen clinique, il l'a conduit à retenir un état dépressif majeur récurrent de gravité légère, étant précisé que l'assurée elle-même avait admis une amélioration de son état psychique sous médication. Il a encore été relevé que l'assurée avait néanmoins mis un terme à son traitement, pour des raisons peu claires.

L'expert a considéré que le tableau polyalgique, associé aux douleurs diffuses mal systématisables, relevait d'un trouble somatoforme indifférencié, voire d'un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques.

D'un point de vue médical, l'expert a encouragé la reprise du traitement et considéré que le fonctionnement hors milieu professionnel était bien préservé et permettait de conclure à une capacité de travail médico-théorique de ménagère et de mère de famille de 100 %.

Il a ajouté que l'on ne voyait pas ce qui pourrait empêcher l'assurée de travailler comme nettoyeuse, activité déjà exercée par le passé.

En définitive, l'expert a estimé que l'incapacité de travail relevait pour l'essentiel d'éléments socio-culturels, sur fond de symptômes anxio-dépressifs plus ou moins légers, probablement plus importants à d'autres périodes chez une assurée faisant preuve d'une non-observance aux traitements proposés, pourtant efficaces.

Finalement, l'expert a admis une totale incapacité de travail, comme indiqué par le médecin-traitant, pour troubles de l'adaptation, mais a considéré qu'elle n'avait duré que six mois tout au plus : au-delà, les éléments familiaux et culturels avaient pris le pas sur les aspects strictement médicaux.

6. Le 22 mai 2010, le Dr B_____ a indiqué que sa patiente souffrait d'un état dépressivo-anxieux avec multiples épisodes sévères survenant dans un contexte de maltraitance infantile et d'abus multiples. Le médecin a insisté sur le fait que l'enfance de sa patiente avait été marqué par une atmosphère de violence, de dénigrement et d'abus (ses parents la faisaient travailler dès 4h30 du matin, son père la battait, il avait choisi pour elle son mari, un cousin, etc.). A l'appui de ses

dières, le médecin a produit un article de presse faisant état du fait que le père de l'assurée terrorisait toute sa famille et avait tenté d'étrangler une autre de ses filles.

7. Le 29 novembre 2010, le Service médical régional de l'AI (SMR) a émis l'avis que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux chronique devait être écarté, la dépression précédant de nombreuses années l'apparition des douleurs (première tentative de suicide à 11 ans). Il a considéré qu'aucune atteinte à la santé constituée ayant une répercussion durable sur la capacité de travail ne pouvait être retenue.
8. Le 23 septembre 2011, l'OAI a rendu une décision formelle niant à l'assurée tout droit à des prestations.
9. Par écriture du 24 octobre 2011, l'assurée a interjeté recours contre cette décision.

A l'appui de son recours, l'assurée a notamment produit une prise de position de son psychiatre-traitant, le docteur D_____, indiquant qu'à son avis, le Dr C_____ avait omis l'essentiel, c'est-à-dire les symptômes du registre psychotique développés périodiquement par sa patiente. Le psychiatre-traitant a retenu les diagnostics de trouble mixte de la personnalité avec traits schizo-typiques et passif/agressif, trouble somatoforme et épisode dépressif majeur, parfois grave (mélancolie délirante avec hallucinations auditives). Il a également émis l'opinion que l'intéressée était totalement incapable d'exercer la moindre activité lucrative.

10. Une audience s'est tenue en date du 19 avril 2012, au cours de laquelle a été entendu le Dr B_____.

Le témoin a expliqué qu'il suit l'assurée depuis mai 2005. Il a d'abord retenu le diagnostic d'état dépressif chez un migrant avec plaintes somatiques.

Il a ajouté que, depuis le dépôt de sa demande de prestations, sa patiente avait souffert d'hallucinations de la lignée psychotique - constatées par lui, mais également par le Dr D_____. Il a fallu contenir ces épisodes de décompensation par une médication.

Le témoin a dit approuver les diagnostics posés par le Dr D_____, sans pouvoir néanmoins les défendre en sa qualité de généraliste.

Il a souligné une extrême difficulté à stabiliser la patiente, difficulté pouvant s'expliquer par son parcours de vie et une structure de personnalité très instable.

Il a émis l'avis que l'assurée était dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité, niant qu'une amélioration se soit produite en 2007, comme retenu par le Dr C_____.

11. Constatant d'une part, que la production du dossier de l'assurance perte de gain n'avait jamais été requise, d'autre part, qu'il pouvait se justifier de compléter l'instruction sur le plan psychique, l'intimé a proposé, en date du 10 mai 2012, que le dossier lui soit renvoyé, de sorte qu'en date du 24 mai 2012 (ATAS/722/2012), la Cour de céans lui a renvoyé la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

12. A alors été versé au dossier celui de l'assurance perte de gain, comprenant notamment un rapport d'expertise émis le 10 novembre 2006 par la doctoresse E_____, spécialiste FMH en psychiatrie, laquelle a conclu à un épisode dépressif léger, consécutif à deux accouchements et intervenant dans un contexte culturel particulier et dans un conflit familial important. L'expert émettait l'avis qu'au vu de l'âge de l'assurée, une reprise du travail devait être tentée, d'abord à 50% en janvier 2007, puis à 100% en février 2007.
13. Le 26 juillet 2012, le Dr B_____ a fait état d'un état de santé stationnaire.
14. Dans un rapport du 23 avril 2013, le Dr D_____ a confirmé son diagnostic de trouble schizo-typique depuis 2009 (délires de persécution et hallucinations auditives, perte du sens des réalités) entraînant une totale incapacité de travail. Il a souligné qu'une menace de décompensation psychotique persistait.
15. Le dossier de l'assurée a alors été soumis une nouvelle fois au SMR, qui, constatant que l'opinion du Dr D_____ apportait un éclairage différent de celui du Dr C_____, mais que les informations fournies par le psychiatre-traitant étaient néanmoins trop succinctes, a suggéré une nouvelle expertise psychiatrique, qu'il a confiée au docteur F_____.
16. Celui-ci a rendu son rapport en date du 26 septembre 2013.

Se basant sur un examen de l'assurée, un entretien avec elle, un entretien avec son psychiatre-traitant, un autre avec son généraliste et la lecture du dossier, l'expert a indiqué en préambule avoir eu du mal à reconstituer l'anamnèse et avoir fait de son mieux en examinant longuement l'assurée, en vérifiant ce qui devait l'être lors d'une consultation téléphonique et en prenant langue avec ses médecins-traitants pour, finalement, être « persuadé [d'avoir] obtenu suffisamment d'informations pour répondre aux questions avec un bon degré de sécurité ».

A l'examen, l'expert a constaté que l'assurée ne se présentait pas comme quelqu'un souffrant de douleurs ou de troubles psychiques graves, se déplaçant et changeant de position sans problème particulier, communiquant normalement, se montrant relativement enjouée. Il n'a pas constaté non plus de majoration des troubles, décrivant l'assurée comme « constamment authentique ». Il n'a décelé ni troubles attentionnels ou mnésiques, ni déficit praxique ou gnosique, ni ralentissement, ni présentation semblable à celle d'un sujet dépressif.

L'expert n'ayant retenu aucun critère diagnostique d'un épisode dépressif ou d'un trouble anxieux spécifique, il a renoncé aux échelles habituelles de quantification de la dépression et de l'anxiété, non sans rappeler que l'échelle d'Hamilton n'était pas un outil diagnostique.

En définitive, il a conclu à un trouble dépressif majeur récurrent en rémission partielle. En effet, il n'avait observé qu'un seul critère cardinal permettant de conclure à un épisode dépressif (la fatigue) ; il n'y avait ni tristesse, ni perte d'intérêt et, s'il subsistait quelques symptômes du registre dépressif, la présentation

générale allait dans le sens d'une humeur tout à fait normale (absence de ralentissement, sourires, focus de l'entretien, réactions appropriées, vivacité intellectuelle, etc.).

L'expert a dit avoir recherché minutieusement d'éventuelles caractéristiques psychotiques, puisque celles-ci avaient été mentionnées, mais ne pas en avoir trouvé. L'assurée avait certes été victime d'hallucinations auditives mais avait précisé que celles-ci n'avaient été que transitoires et n'avaient duré que trois à quatre mois en 2011.

Si l'expert a constaté l'existence d'épisodes dépressifs par le passé, au vu du dossier, il a considéré qu'ils n'avaient jamais duré et n'avaient jamais été graves au point de justifier un séjour dans un lieu de crise ou une hospitalisation en milieu psychiatrique.

L'expert a écarté le diagnostic de trouble somatoforme au motif que les céphalées dont se plaignait l'assurée n'avaient rien d'atypique et répondaient au traitement spécifique, de même que ses lombalgies, banales et ne constituant pas une plainte de premier plan.

Il a également écarté celui de trouble de la personnalité au motif que l'assurée était tout de même restée stable sur le plan personnel et socio-professionnel jusqu'à sa grossesse et à la naissance de son aîné, en 2004, d'une part, qu'elle assumait correctement sa vie de famille dans des conditions difficiles, d'autre part.

Quant au trouble schizotypique, l'expert a souligné qu'il s'agissait-là d'un diagnostic qui devait être posé avec prudence. Ayant rappelé les critères posés par la CIM-10, il a indiqué ne pouvoir en retenir aucun.

En définitive, l'expert a relevé la présence, depuis plusieurs années, de réactions dépressives et anxieuses en rapport avec des difficultés existentielles sortant de l'ordinaire mais une assurée s'étant montrée plutôt résiliente, compte tenu de ce qu'elle avait supporté. Il a admis une pathologie dépressive plus grave durant quelques mois en 2011 mais n'a relevé aucun argument permettant d'admettre un épisode dépressif grave sur la durée.

17. Le 28 octobre 2013, l'OAI a dès lors adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il entendait lui nier le droit à toutes prestations.
18. L'assurée s'y est opposée par écriture du 4 décembre 2013.
19. Par décision du 15 janvier 2014, l'OAI, se fondant sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr F_____, auquel il a reconnu pleine valeur probante, a nié à l'assurée le droit à toute prestation au motif qu'elle ne souffrait d'aucune affection durable et notable ayant une répercussion sur sa capacité de travail.
20. Par écriture du 17 février 2014, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'audition du Dr B_____, à la mise sur pied d'une expertise médicale

judiciaire et, quant au fond, à ce que lui soit reconnu le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité.

La recourante fait valoir que la décision litigieuse s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social, le Dr F_____, auquel elle reproche une anamnèse incomplète et des erreurs manifestes.

Elle reproche également à l'expert d'avoir émis des jugements de valeur, de n'avoir admis qu'un seul critère permettant de conclure à une dépression alors même qu'il en aurait mentionné d'autres dans son rapport, d'avoir renoncé aux tests psychologiques et d'avoir écarté le diagnostic de trouble somatoforme sans s'en expliquer, de même que celui de trouble de la personnalité, pourtant conforté par sa longue histoire psychiatrique (tentamen à l'âge d'une douzaine d'années, réactions dépressives et anxieuses depuis des années et difficultés existentielles sortant de l'ordinaire).

21. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 30 avril 2014, a conclu au rejet du recours.

L'intimé maintient que l'expertise du Dr F_____ doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Il rappelle que l'anamnèse ne constitue pas le récit objectif des événements déterminants de la vie de l'assurée mais une démarche subjective visant à retracer ses antécédents médicaux, que la durée de l'examen ne constitue pas un critère pour évaluer la valeur probante d'une expertise, réfute toute idée préconçue de l'expert et constate qu'aucun élément objectif ne permet de faire douter de ses conclusions.

22. Par écriture du 3 janvier 2014, la recourante a persisté dans ses conclusions en produisant à l'appui de sa position un courrier de son médecin-traitant, le Dr B_____.

Celui-ci y émet l'avis que l'expert mandaté par l'AI ne saurait être objectif puisqu'il « défend son mandat ».

Il ajoute que si le Dr F_____ identifie bien les graves traumatismes psychiques subis par sa patiente, il en nie les conséquences sur le développement de sa personnalité et leur répercussion sur sa capacité de travail. Selon lui, l'assurée présente des signes constants de dépression tout à fait incompatibles avec une quelconque activité lucrative.

23. Une audience s'est tenue en date du 28 août 2014, au cours de laquelle a été entendu le Dr B_____.

Le témoin a expliqué que si le Dr F_____ avait pu constater une situation quelque peu apaisée par rapport à celle qui avait été soumise au Dr C_____, c'était parce que la thérapie avait permis « de calmer un peu les choses ».

Le médecin-traitant a rappelé que sa patiente a toujours souffert de violences domestiques, d'abord de la part de son père, qui, aujourd'hui encore, menace sa

mère d'un couteau quasiment tous les jours, puis de la part de son époux, auquel elle a été vendue pour quelques milliers de francs.

Le témoin a émis l'avis que l'expert avait omis deux points très importants : d'une part, le trouble somatoforme, d'autre part, l'impact des violences dont elle a été victime sur son état psychique. Le médecin s'est référé à cet égard aux travaux de l'un de ses confrères, le docteur G_____, sur les conséquences psycho-traumatiques des violences, récemment investiguées par les neurosciences. Il a expliqué que lorsqu'on subit des traumatismes répétés, ceux-ci s'impriment dans une mémoire traumatique qui finit par s'auto-activer à la simple évocation des faits, ce qui se traduit par une expression violente (douleurs intenses très difficiles à tolérer entraînant parfois chez l'assurée des gestes d'automutilation qui lui permettent de soulager la douleur ressentie au niveau cérébral).

Le témoin a ajouté avoir peine à imaginer quelle activité pourrait exercer sa patiente, sans aucune contrainte qui réactive cette mémoire traumatique.

Il a relaté que sa patiente a par le passé consulté le Dr D_____, psychiatre, notamment lorsque les souffrances ont été telles qu'elles se sont traduites par des hallucinations auditives, ce qui n'a été que temporaire.

24. Par écriture du 17 septembre 2014, l'intimé a persisté dans ses conclusions en se référant à l'avis de son SMR.

Celui-ci fait remarquer que le Dr F_____ a certes écarté le diagnostic de trouble somatoforme mais de façon argumentée, alors que le Dr B_____ n'apporte aucun argument médical pour étayer le point de vue selon lequel ce diagnostic devrait être retenu.

Quant aux conséquences psycho-traumatiques des violences subies par l'assurée et leur impact au niveau cérébral, le SMR relève que le Dr B_____ ne se réfère à aucune investigation qu'aurait subie l'assurée (imagerie par résonance magnétique mettant en évidence des conséquences cérébrales des violences subies, par exemple).

25. Par écriture du 19 septembre 2014, la recourante a également persisté dans ses conclusions en reprenant en substance les arguments développés par son médecin et en demandant la mise sur pied d'une expertise judiciaire.
26. Par écriture complémentaire du 16 octobre 2014, l'intimé s'est défendu de vouloir minimiser les souffrances ou traumatismes subis par l'assurée, rappelant que l'évaluation de la capacité de travail se fonde sur la notion d'atteinte à la santé durablement incapacitante et qu'en l'occurrence, aucune des trois expertises au dossier ne permet de retenir une telle atteinte. D'ailleurs, malgré les traumatismes passés, l'assurée a été en mesure de travailler durant plusieurs années.
27. Par écriture du 14 novembre 2014, la recourante a persisté dans ses conclusions.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2).

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés (ATF 130 V 343).

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003) a apporté des modifications, notamment en matière de procédure (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA).

3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé de la recourante doivent être considérées comme invalidantes et susceptibles d'entraîner une perte de gain suffisante pour lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

6. 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). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). 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), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités).

Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

7. 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.

L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises

médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 in fine).

8. 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 n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

S'agissant de la valeur probante 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

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).

9. La recourante fait grief à l'administration d'avoir fondé son appréciation de la capacité de travail sur le rapport du Dr F_____, dont elle considère qu'il ne saurait se voir reconnaître pleine valeur probante.
10. En premier lieu, la recourante fait valoir que la décision litigieuse s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social, le Dr F_____, auquel elle reproche une anamnèse incomplète et des erreurs manifestes. Elle relève que l'expert a reconnu de lui-même que l'anamnèse avait été difficile à établir et en tire la conclusion qu'un examen d'une heure et trente minutes serait insuffisant, eu égard, notamment, aux contradictions relevées par l'expert entre les informations données par elle et celles ressortant de son dossier. Elle considère que l'expert aurait dû la revoir, afin de faire une anamnèse correcte et complète, ce qui lui aurait évité d'indiquer qu'elle a émigré en Suisse en 1977 alors qu'elle est née en 1980.

C'est le lieu de rappeler qu'en vertu d'une jurisprudence récente, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

En l'occurrence, cependant, cette jurisprudence n'est pas applicable dans la mesure où le Dr F_____ ne saurait être assimilé à un « médecin interne à l'assureur social » tel qu'un praticien du SMR, par exemple.

Reste à examiner la valeur probante à reconnaître à l'expertise du Dr F_____.

A cet égard, on relèvera qu'une évaluation médicale complète ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (cf. notamment arrêt 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3).

Or, tel n'est pas le cas en l'occurrence.

Tout d'abord, les griefs formulés par la recourante quant à la précision de l'anamnèse tombent à faux. Si l'expert a effectivement indiqué avoir rencontré des difficultés, il a néanmoins pris toutes les mesures pour les surmonter en faisant préciser certains points ultérieurement par l'assurée ou ses médecins traitants, de

manière, en définitive, à pouvoir acquérir la certitude qu'il avait « obtenu suffisamment d'informations pour répondre aux questions qui lui étaient posées avec un bon degré de sécurité ». Quant à l'entrée en Suisse de l'assurée, elle consiste manifestement en une erreur de frappe (1977 au lieu de 1997), insuffisante pour remettre en cause la valeur de l'expertise.

De même, la durée de l'entretien n'est pas un critère reconnu par la jurisprudence comme ayant une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise, pas plus le fait que l'expert n'ait vu l'assurée qu'à une seule occasion. En effet, le rôle de l'expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF non publié I 1084/06 du 26 novembre 2007 consid. 4).

La recourante reproche également à l'expert d'avoir émis des jugements de valeur (il aurait émis l'opinion que les mariages arrangés ne constituent pas une maltraitance) et de s'être exprimé sur ses attentes professionnelles. Or, la recourante déforme les propos de l'expert. Celui-ci a simplement indiqué qu'« on ne peut pas *d'emblée* considérer les mariages arrangés comme une maltraitance ». Il n'a en aucun cas minimisé la situation de l'assurée, au contraire, puisqu'à plusieurs reprises, il s'est dit admiratif de sa résilience face aux situations qu'elle avait dû affronter. De même, à aucun moment l'expert ne s'est déterminé quant au statut à reconnaître à l'assurée. Il a simplement relaté que celle-ci avait admis qu'elle aurait eu du mal à travailler à plein temps après la naissance de ses enfants, propos que l'assurée ne conteste pas avoir tenus. Ces griefs se révèlent dès lors également infondés.

La recourante allègue que l'expert se serait contredit en n'admettant qu'un seul critère permettant de conclure à une dépression alors même qu'il en aurait mentionné d'autres dans son rapport. Là encore, la recourante se fourvoie. Ainsi que le relève l'intimé, les autres critères mentionnés par l'expert ont été énoncés dans la partie consacrée aux plaintes subjectives de la patiente, plaintes qu'il n'a pu objectivement constater par son examen.

On ne saurait non plus tirer argument du fait que l'expert n'a pas recouru aux tests psychométriques. Tout d'abord parce que l'expert jouit d'une large autonomie dans la manière de conduire son expertise - s'agissant notamment des modalités de l'examen clinique et du choix des examens complémentaires à effectuer, de sorte que le juge doit faire preuve, en règle générale, de retenue avant de remettre en cause la méthodologie utilisée, ce d'autant qu'il convient de tenir compte également des difficultés et des incertitudes propres à tout examen psychiatrique (cf. arrêts 9C_661/2009 du 29 septembre 2009 consid. 3.2 et 9C_447/2009 du 15 juillet 2009). Ensuite parce que l'expert a en l'occurrence pris la peine d'expliquer les raisons qui le conduisaient à renoncer à ces tests, dont il a par ailleurs rappelé qu'ils n'avaient pas valeur de critères diagnostiques.

Quoi qu'il en soit, on relèvera que le Dr C_____, qui avait appliqué de tels tests, n'en a tiré aucun élément susceptible de démontrer l'existence d'une atteinte incapacitante durable, au contraire.

Contrairement à ce que soutient la recourante, l'expert a également expliqué pour quelles raisons il écartait le diagnostic de trouble somatoforme : il a considéré que les céphalées dont se plaignait l'assurée n'avaient rien d'atypique et qu'elles répondaient au traitement spécifique, de même que les lombalgies, banales et ne constituant pas une plainte de premier plan. En cela, il a d'ailleurs été rejoint par le SMR qui, après l'expertise du Dr C_____, faisait déjà remarquer que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux chronique devait être écarté, la dépression précédant de nombreuses années le développement des douleurs.

De même, l'expert a clairement expliqué pourquoi il ne retenait pas non plus le diagnostic de trouble de la personnalité - au demeurant pas non plus évoqué par les Drs E_____ ou C_____ : l'assurée était tout de même restée stable sur le plan personnel et socio-professionnel jusqu'à sa grossesse et à la naissance de son aîné, en 2004 (ce que confirme l'extrait de ses comptes individuels AVS) et assumait au surplus correctement sa vie de famille, dans des conditions difficiles, démontrant que, loin de faire preuve de carences adaptatives, elle avait au contraire une capacité de résilience sortant de l'ordinaire.

Enfin, l'expert a précisé avoir recherché minutieusement d'éventuelles caractéristiques psychotiques, en vain : l'assurée avait certes été victime d'hallucinations auditives, mais avait précisé que celles-ci n'avaient été que transitoires (trois à quatre mois en 2011). Or, le diagnostic de trouble schizotypique devait être posé avec prudence et en l'occurrence, aucun des critères posés par la CIM-10 ne pouvait être retenu, à l'exception d'un épisode transitoire d'hallucinations auditives de quelques mois, hallucinations dont l'expert a souligné qu'elles n'avaient d'ailleurs pas les caractéristiques de celles que l'on retrouve dans les psychoses graves.

En définitive, force est de constater que le rapport d'examen du Dr F_____ se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique, qu'il tient compte des plaintes de l'intéressée, qu'il a été établi en pleine connaissance du dossier et que ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradictions. Il y a donc lieu de lui reconnaître pleine valeur probante ce, d'autant plus que deux autres rapports d'expertise ont été versés précédemment au dossier, dont aucun n'a retenu d'atteinte incapacitante suffisamment durable pour être considérée comme invalidante.

Ainsi, tout comme le Dr F_____, le Dr C_____ avant lui a considéré que l'arrêt de travail de l'assurée relevait essentiellement de facteurs familiaux et culturels n'entrant pas dans le champ médical stricto sensu. Il en a été de même de la Dresse E_____, qui a souligné un contexte culturel particulier et un conflit familial important.

Quant au témoignage du Dr B_____, il s'avère insuffisant pour s'écarter de l'avis du Dr F_____ ou même motiver une quatrième expertise. En effet, le Dr B_____ n'apporte aucun argument médical objectif pour étayer son point de vue selon lequel ce diagnostic devrait être retenu. Il se contente d'échafauder des hypothèses quant à d'éventuelles conséquences psycho-traumatiques des violences subies par sa patiente et leur impact au niveau cérébral, sans qu'aucun examen ne vienne étayer ses suppositions.

Eu égard aux considérations qui précèdent, c'est par conséquent à juste titre que l'intimé a reconnu pleine valeur probante à l'expertise du Dr F_____ et nié l'existence d'une atteinte à la santé invalidante. Le recours est par conséquent rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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