



### EN FAIT

1. Madame R\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1959 et de nationalité italienne, a travaillé à partir du 1<sup>er</sup> avril 1984 pour le compte de la SOCIETE X\_\_\_\_\_ en tant qu'employée au service clients et caissière, d'abord à temps partiel à raison de 35 heures par semaine, puis à temps complet dès le 1<sup>er</sup> janvier 2002 (41 heures par semaine).
2. Dans un rapport du 13 mars 2008, le Professeur A\_\_\_\_\_, médecin-chef de service du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur aux HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (ci-après : HUG), a diagnostiqué des cervicalgies chroniques, un trouble dépressif récurrent - épisode actuel moyen, une hypertension artérielle traitée, un status post otite tuberculeuse avec pose d'implant cochléaire en 1983 et 2004, un status post phlébite du sein droit et un status post ovariectomie gauche en 1979 pour ovaire polykystique. Elle a précisé que l'assurée présentait des douleurs cervicales occasionnelles depuis plus de 10 ans mais qu'un bilan radiologique initial n'avait mis en évidence que des troubles dégénératifs banals. En été 2006, l'assurée avait observé une extension de sa douleur au rachis dorsal avec apparition de douleurs abdominales, céphalées et douleurs cervicales intenses irradiant en direction des épaules principalement à droite. Une IRM cervicale et dorsale, pratiquée en décembre 2007, avait révélé une fusion de C5-C6 congénitale et des troubles dégénératifs étagés avec une réduction modérée du calibre des trous de conjugaison, sans compression radiculaire. La Dresse B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, avait examiné la patiente et retenu un diagnostic de fibromyalgie en décembre 2007. L'instauration d'un traitement de tramadol avait amené une diminution des douleurs de 50%. Depuis le 23 janvier 2008, l'assurée était en incapacité de travail à 50% en raison de l'augmentation de ses douleurs. Elle décrivait une symptomatologie dépressive récurrente depuis sa tuberculose auriculaire, en 1983, actuellement traitée par citalopram mais elle n'était pas favorable à un soutien psychothérapeutique.
3. Par certificat du 18 mars 2008, le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne FMH, a attesté d'une incapacité de travail entière dès le 19 mars 2008.
4. Le 19 mai 2008, l'assurée a déposé une demande de rente auprès de l'OFFICE D'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI).
5. Dans un questionnaire rempli le 3 juin 2008, l'employeur de l'assurée a indiqué que celle-ci était employée au service clients et caissière depuis le 1<sup>er</sup> mai 1984 pour un revenu mensuel de 4'565 fr. versé 13 fois l'an pour 41 heures par semaine.
6. Dans un rapport du 27 juin 2008, la Dresse B\_\_\_\_\_ a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail, des rachialgies chroniques existant depuis plusieurs années, des polyarthralgies (genoux, coudes, poignets), un syndrome douloureux

chronique diffus, un état dépressif chronique et des acouphènes. Elle a mentionné une hypertension artérielle traitée, des allergies médicamenteuses, un status post phlébite au sein droit en 2006 et un status post otite tuberculeuse avec implant cochléaire en 1983 et 2004, ces atteintes étant sans effet sur la capacité de travail. Sa patiente se plaignait de douleurs diffuses invalidantes, de fatigabilité et d'acouphènes. Objectivement, elle présentait un état dépressif et n'arrivait plus à assumer son travail. L'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible. L'assurée pouvait peut-être travailler à 50% mais elle présentait des limitations dans tous les travaux, sauf les activités permettant d'alterner les positions, celles qui impliquaient de monter les escaliers et le port de charges limitées à un à deux kilos.

7. Dans un certificat du 1<sup>er</sup> juillet 2008, le Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en otorhino-laryngologie, a indiqué que l'assurée avait bénéficié en 1983 d'une tympanoplastie gauche et qu'elle présentait déjà à l'époque une surdité sévère. Elle l'avait récemment consulté en raison d'un acouphène à type craquement, évoluant par périodes de plusieurs minutes et évoquant un clonus musculaire.
8. Dans un rapport du 23 juillet 2008, le Dr C\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de cervico-dorsalgies chroniques depuis plus de dix ans, de trouble dépressif récurrent depuis une quinzaine d'année et de tinnitus chronique, ces atteintes ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Celle-ci souffrait également d'hypertension artérielle, de status post phlébite du sein droit en 2007 et de status post ovariectomie gauche en 1979, sans incidence sur sa capacité de travail. L'assurée était globalement fragilisée depuis 20 ans par un tinnitus secondaire à une otite tuberculeuse à gauche. Depuis une dizaine d'années, elle souffrait de cervicalgies devenant chroniques et ayant tendance à s'étendre au niveau du dos, avec un état dépressif concomitant. Elle éprouvait également des difficultés à se concentrer. L'examen clinique et les plaintes étaient concordants, et le pronostic était réservé. Aucune activité n'était exigible.
9. Les Drs E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, médecins auprès du SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (SMR) ont examiné l'assurée le 21 juillet 2008. Dans leur rapport daté du lendemain, ils ont retracé l'anamnèse de l'assurée et ont résumé son dossier médical. Ils ont également rapporté les plaintes de l'assurée comme suit: elle souffrait d'une hypoacousie gauche suite à une otite moyenne tuberculeuse et d'acouphènes gauches sévères depuis une vingtaine d'années. Elle avait par la suite présenté des douleurs musculo-squelettiques généralisées touchant plus spécialement la région des deux membres supérieurs, les épaules, la nuque et dans une certaine mesure la région lombaire et les genoux. Récemment, une symptomatologie douloureuse supplémentaire s'était installée dans les régions du crâne à gauche ainsi que la région de l'oreille gauche, pouvant irradier à l'ensemble du crâne sous forme de douleurs particulièrement violentes et intermittentes. Au plan psychique, elle déclarait que ses acouphènes et ses douleurs étaient difficiles à

supporter et faisait état d'une dépression chronique de l'humeur et de fatigabilité. A l'issue de l'examen clinique, les Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics de rachialgies communes (M 54.9) avec répercussion sur la capacité de travail, et de fibromyalgie, d'hypoacousie gauche appareillée avec acouphènes chroniques, de sclérodermie en bande latéro-thoracique droite, de status après maladie de Mondor du sein droit, de troubles statiques plantaires et de dysthymie (F. 34.1) sans incidence sur la capacité de travail. Ils ont relevé qu'au plan oto-rhino-laryngologique, l'assurée était correctement appareillée et n'éprouvait aucune gêne tant dans sa vie sociale que professionnelle. Les acouphènes restaient un problème gênant, mais elle en souffrait depuis plus de 20 ans et leur intensité n'avait pas augmenté, même si leur caractère s'était peut-être modifié. Cette problématique otologique n'entraînait pas d'incapacité de travail. Cliniquement, l'examen était normal au plan général et neurologique périphérique. Il existait un substrat anatomo-pathologique cohérent pour les plaintes rachidiennes, alors que les plaintes douloureuses ostéoarticulaires périphériques et les céphalées relevaient d'une problématique fonctionnelle entrant dans le cadre de la fibromyalgie. Les atteintes rachidiennes objectivées déterminaient des limitations fonctionnelles, au contraire de la fibromyalgie qui, en l'absence de comorbidité incapacitante significative et de critères de sévérité, n'était pas considérée comme une atteinte à la santé incapacitante. Au plan psychiatrique, l'examen clinique mettait en évidence une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité était insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger, puisque seule une tristesse avec fatigabilité était avancée comme symptôme anamnestique. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent envisagé par le Professeur A\_\_\_\_\_ ne pouvait être retenu, les critères évoqués par ce médecin à l'appui de ce diagnostic ne correspondant d'ailleurs pas à ceux établis par la CIM-10. Les limitations fonctionnelles impliquaient la nécessité d'alterner la position assise et la position debout deux fois par heure et excluaient le port régulier de charges d'un poids supérieur à sept kilos (ou cinq kilos au-dessus de l'horizontale) et le travail dans un environnement bruyant permanent. La capacité de travail exigible était entière depuis toujours, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

10. Dans un avis du 19 août 2008, la Dresse G\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a relevé que l'assurée pouvait parfaitement reprendre son activité antérieure, car elle avait les ressources nécessaires pour surmonter ses douleurs comme l'avait démontré l'examen des Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_.
11. Par projets de décision des 14 et 21 novembre 2008, l'OAI a rejeté la demande au motif que, selon les médecins du SMR, l'assurée présentait une capacité de travail entière, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.
12. Par courrier du 5 décembre 2008, le Dr H\_\_\_\_\_ a demandé à l'OAI de revoir son projet de décision, dès lors que sa patiente souffrait d'un état dépressif chronique depuis environ 25 ans, aggravé par un tinnitus permanent, ainsi que de

douleurs musculo-tendineuses avec une notion de sciatgie L5-S1. L'aggravation progressive des douleurs et de l'état dépressif avait nécessité une augmentation des traitements, qui étaient devenus incompatibles avec la poursuite d'une activité professionnelle. Le problème ORL n'était toujours pas résolu, puisque les acouphènes devenaient de plus en plus gênants.

13. Par courrier du 11 décembre 2008, l'assurée a contesté le projet de décision, en indiquant souffrir de graves problèmes de santé. Elle a joint à son envoi un certificat de la Dresse B\_\_\_\_\_ faisant état d'une capacité de travail nulle depuis le 19 mars 2008 et rappelant les diagnostics déjà posés, un compte-rendu de l'intervention de fenestration du sinus maxillaire droit et drainage réalisée le 21 novembre 2008 par le Dr I\_\_\_\_\_ du Service de chirurgie maxillo-faciale des HUG, ainsi qu'un rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2008 de la Dresse J\_\_\_\_\_, médecin adjoint au Service d'oto-rhino-laryngologie des HUG, qui concluait à un déficit auditif bilatéral à gauche et notait que l'assurée était satisfaite de l'appareil qu'elle portait continuellement et qui lui procurait une très bonne récupération.
14. Dans un rapport du 9 janvier 2009 demandé par l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, le Dr K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et hématologie, a observé qu'il fallait distinguer entre un problème d'algies chroniques généralisées, d'aspect musculo-squelettiques, prédominant au niveau cervical, qui évoquait un trouble somatoforme douloureux ou une fibromyalgie et, plus récemment, des douleurs focalisées dans la sphère ORL, au niveau de l'hémisphère gauche. Somatiquement, il n'y avait aucun élément à ajouter à ceux relevés dans l'examen très complet des médecins du SMR. Des investigations radiologiques avaient mis en évidence une sinusite maxillaire droite chronique associée à un aspergillome. Le 21 novembre 2008, l'assurée avait subi une fenestration de ce sinus ainsi qu'un drainage en ORL aux HUG. Il a diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux, un status post fenestration du sinus maxillaire droit et drainage, en raison d'une sinusite chronique ainsi que d'un aspergillome. Il a considéré que le trouble somatoforme douloureux interférait certainement en partie avec sa capacité de travail. Il a estimé qu'il fallait lui reconnaître une incapacité de travail partielle de l'ordre de 50% afin de reconnaître l'authenticité de ses plaintes et d'éviter une évolution en sinistrose. En revanche, il existait une exigibilité sans restriction médicale particulière pour le 50% restant. Une incapacité de travail totale était justifiée du 21 novembre au 31 décembre 2008, en raison de l'intervention chirurgicale.
15. Dans un avis médical du 23 février 2009, la Dresse L\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a relevé que l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ était incomplète, faute de comporter un status. En outre, le seul élément médical nouveau concernait l'intervention ORL qui aurait nécessité un arrêt de travail limité dans le temps. L'estimation de la capacité de travail de l'assurée se basait sur des arguments non médicaux. Les documents

médicaux communiqués n'étaient pas susceptibles de modifier les conclusions du rapport médical SMR du 19 août 2008.

16. Par décision du 12 mars 2009, l'OAI a confirmé la teneur de son projet en relevant que les nouveaux rapports médicaux n'apportaient aucun élément nouveau.
17. Par acte du 25 mars 2009, l'assurée (ci-après la recourante) a recouru contre la décision de l'OAI (ci-après l'intimé) auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent. Elle allègue suivre un traitement psychiatrique et produit un rapport du 24 mars 2009 de la Dresse M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, qui diagnostique un trouble dépressif récurrent – épisode actuel de degré moyen à sévère, et fait état d'un suivi à son cabinet à partir du 20 mars 2009.
18. Dans son complément de recours du 17 avril 2009, la recourante conclut, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière à partir de mai 2008. Elle produit un nouveau rapport du 14 avril 2009 du Dr H\_\_\_\_\_, rappelant que les conclusions du Dr K\_\_\_\_\_ ne tenaient pas compte des troubles psychiques et précisant que la reprise du travail à 50%, sous pression de l'assurance perte de gain, était difficilement gérable et qu'une poursuite de son activité, même à ce taux, lui semblait complètement illusoire. Elle produit également un rapport d'observation de son employeur, établi le 14 avril 2009, qui notait que la reprise du travail à 50 % n'était pas concluante et qu'elle ne peut rester seule à son poste de travail. Au vu des rapports médicaux au dossier, elle allègue avoir droit à une rente entière d'invalidité. Subsidiairement, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire pour déterminer sa capacité de travail dans son activité, respectivement dans un emploi léger de substitution.
19. Le 7 mai 2009, la recourante a communiqué au Tribunal cantonal des assurances sociales un nouveau rapport de la Dresse M\_\_\_\_\_ du 4 mai 2009. Dans ledit rapport, le psychiatre traitant a précisé qu'un trouble somatoforme avait été exclu et qu'une modification du traitement antidépresseur n'avait apporté qu'une faible amélioration clinique, consistant en une diminution de la labilité émotionnelle et une régression de l'idée suicidaire. La résistance aux facteurs de stress restait très faible, notamment en raison d'une persistance de l'hypersensibilité au bruit. Les capacités de concentration perturbées de la recourante et sa fatigabilité accrue ne lui permettaient d'assumer des journées de travail à 50% qu'avec grande difficulté. Toute exigence d'augmentation de sa capacité de travail ou de sa rentabilité ne se ferait qu'au détriment de son processus de guérison.
20. Dans sa réponse du 19 mai 2009, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il allègue que le rapport d'examen SMR du 22 juillet 2008 a une pleine valeur probante et que sur cette base, il y a lieu de retenir une pleine capacité de travail. Elle produit un nouveau rapport de la Dresse L\_\_\_\_\_, établi le 4 mai 2009, relevant que le Dr H\_\_\_\_\_ n'apportait pas d'élément médical nouveau, alors que la Dresse

M\_\_\_\_\_ ne se prononçait pas sur la capacité de travail, n'établissait aucune anamnèse, ne décrivait aucun status psychiatrique et ne motivait pas la récurrence du trouble dépressif. Par conséquent, sur le plan somatique, il n'y avait aucune affection médicale nouvelle susceptible de modifier les conclusions du SMR II en allait de même sur le plan psychiatrique, au vu du caractère succinct des rapports du psychiatre traitant.

21. Le 23 juin 2009, la recourante a communiqué au Tribunal cantonal des assurances sociales un nouveau rapport de la Dresse M\_\_\_\_\_ du 16 juin 2009 posant un nouveau diagnostic de trouble dépressif récurrent, dont l'épisode actuel était sévère, et faisant état d'une aggravation de l'humeur dépressive, après une légère amélioration de courte durée et malgré un traitement anti-dépresseur puissant. En raison d'un risque auto-agressif persistant et d'un risque hétéro-agressif plus récent, sa patiente n'était plus en mesure d'assumer son travail, même à temps partiel. Elle a attesté d'une incapacité de travail entière à partir du 17 juin 2009, pour une durée probable d'un mois.
22. Dans son écriture du 6 août 2009, l'intimé a proposé au Tribunal cantonal des assurances sociales de demander un rapport médical détaillé à la Dresse M\_\_\_\_\_ contenant une anamnèse, un status, une énumération des limitations fonctionnelles psychiatriques et un diagnostic selon la CIM-10. Il a joint un rapport de la Dresse L\_\_\_\_\_ du 28 juillet 2009 observant qu'au vu des éléments manquants dans le rapport du psychiatre traitant, elle ne pouvait pas conclure à une éventuelle aggravation sans faire examiner la recourante.
23. La recourante a séjourné du 11 au 24 août 2009 dans le Service de neurologie des HUG, en raison d'une suspicion de polyneuropathie. Dans un rapport du 8 septembre 2009, le Professeur N\_\_\_\_\_, médecin adjoint agréé, a diagnostiqué un syndrome sensitif mal systématisé d'origine peu claire, probablement dans un contexte psychique, une discopathie de la colonne cervicale d'origine indéterminée sans signe d'atteinte radiculaire claire et sans myélopathie associée, une anxio-dépression chronique sévère et résistante au traitement, une selle turcique vide sans dysfonctionnement hypophysaire ni hypertension intercraânienne ainsi que des kystes radiculaires bilatéraux étagés prédominant à l'étage dorsolombaire. Il a expliqué qu'après avoir demandé une électroneuromyographie, un bilan hormonal, une consultation en rhumatologie et en endocrinologie, la symptomatologie ne pouvait être expliquée que par des atteintes de la colonne cervicale et que la fibromyalgie semblait être une étiologie très probable compte tenu de la non systématisation des plaintes, de l'examen clinique et la recherche vaine de lésions. Par conséquent, il a exclu une étiologie neurologique.
24. Le 22 septembre 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales a procédé à l'audition de la Dresse M\_\_\_\_\_. Celle-ci a déclaré que la recourante souffrait d'un état dépressif, probablement depuis une dizaine d'années, et que le Dr

---

H\_\_\_\_\_ lui prescrivait déjà des antidépresseurs. A la lecture du status psychiatrique décrit par le Dr F\_\_\_\_\_ lors de son examen du 21 juillet 2008, elle a confirmé son diagnostic d'état dépressif moyen à sévère. Elle a considéré comme possible que sa patiente ait été examinée par ce médecin lors d'une phase de rémission. Elle a indiqué que, par état dépressif chronique, on entendait que le patient souffrait de dépression la plupart du temps. Elle a contesté que la recourante présente des traits histrioniques, car les critères de ces traits n'étaient pas réalisés. Elle a rappelé que la recourante avait très souvent des idées suicidaires et qu'elle souffrait de divers maux somatiques bien réels, qui entraînaient des douleurs et du stress, et a exclu catégoriquement une simulation. L'aggravation entre mai et juin 2009 avait été provoquée par des pressions de plus en plus importantes au travail. Le pronostic à plus ou moins long terme était plutôt favorable en ce sens que la recourante pourrait travailler à mi-temps. Toutefois, il convenait de soigner son état dépressif avant de penser à la remettre au travail. La reprise du travail avait constitué à l'évidence un facteur de décompensation, ce qui pourrait expliquer une aggravation depuis juillet 2008. Elle a posé un diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère (F 33.2) et a précisé que le diagnostic de trouble dépressif récurrent, qui ne pouvait être posé qu'après deux ans, pouvait être retenu sur la base de l'anamnèse. A l'issue de l'audience, elle a communiqué le rapport du Prof. N\_\_\_\_\_ du 8 septembre 2009, établi à sa demande.

25. Dans son écriture du 12 octobre 2009 après enquête, l'intimé a proposé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire afin de déterminer si la recourante présentait une atteinte invalidante et/ou une comorbidité psychiatrique dans le cadre de la fibromyalgie. Il a précisé que l'expert devrait procéder à un monitoring des médicaments prescrits et déterminer s'il y avait lieu d'adapter le traitement ou de changer de molécule, et a produit un avis du 25 septembre 2009 de la Dresse O\_\_\_\_\_, médecin au SMR. Cette dernière s'est prononcée sur les précisions apportées par la Dresse M\_\_\_\_\_ et le rapport du Professeur N\_\_\_\_\_ en observant qu'aucun élément anamnestique précis ne confirmait le caractère récurrent ou sévère du trouble dépressif et qu'il n'y avait aucune preuve objective de la compliance. S'agissant du nouveau diagnostic de selle turcique vide, il n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail.
26. Dans son écriture du 16 octobre 2009, la recourante a donné son accord à la proposition de l'intimé d'ordonner une expertise judiciaire psychiatrique.
27. Dans leur rapport du 26 novembre 2009, les Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_, médecins au Département de psychiatrie des HUG, ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (double dépression) (F 33.2), de probable dysthymie (F F 34.1), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques avec utilisation nocive pour la santé (F 13.1) et de possible trouble de la personnalité du Cluster B avec des traits de personnalité émotionnellement labile de type borderline

---

(F 60). Les Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ ont procédé à une anamnèse et un status de la recourante, ainsi qu'à certains examens complémentaires. Ils ont relevé que l'anamnèse, les questionnaires et les examens paracliniques permettaient de conclure à un trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel d'intensité sévère. En dehors des épisodes dépressifs, le diagnostic semblait être une dysthymie. La recourante présentait plusieurs facteurs de maintien de la dépression, dont une situation de couple difficile, des problèmes somatiques et une situation sociale compliquée.

28. Par ordonnance du 12 mars 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales a chargé le Dr T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, de procéder à l'expertise de l'assurée.
29. Celui-ci a rendu son rapport d'expertise le 4 octobre 2010. Se fondant sur l'étude du dossier, trois entretiens avec la recourante et un échange de courriels avec la Dresse M\_\_\_\_\_, il a établi l'anamnèse de la recourante en indiquant que celle-ci aurait fait plusieurs tentatives de suicide, dont une par absorption d'eau de Javel en 1994. Elle se plaignait d'acouphènes, de fourmillements dans la tête, de vertiges, de fatigue, de douleurs dans la nuque et les épaules, de perte de sensibilité transitoire dans un membre et se sentait le plus souvent triste et abattue, nerveuse et tendue, éprouvant un sentiment de vide. L'expert a constaté une humeur triste et accablée, la recourante étant souvent en pleurs. Son ralentissement psychomoteur était marqué. Elle présentait des lésions de grattage jusqu'au sang. L'expert a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F 32.11), et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) et de traits de personnalité borderline. L'état dépressif était moyen à sévère. Il entraînait une totale incapacité de travail en été 2010. Le Dr T\_\_\_\_\_ a considéré qu'une incapacité de travail durable était présente depuis le début de l'année 2009, et persistait depuis cette date. La dépression était patente à l'examen clinique (tristesse et pleurs, accablement moral, ralentissement idéique et moteur) et se reflétait dans les propos de la recourante et la description de son état subjectif, avec perte d'intérêt et de plaisir, fatigue, perte d'espoir, sentiment de dévalorisation, inhibition de la pensée, difficultés de concentration, perte totale de la libido et troubles du sommeil. Le syndrome douloureux chronique participait à la pérennisation de cet état clinique et à sa résistance au traitement pharmacologique. Le Dr T\_\_\_\_\_ a ainsi confirmé l'existence d'un trouble douloureux somatoforme persistant, car certaines douleurs n'étaient pas expliquées, auquel s'associait une comorbidité psychiatrique sous forme d'un état dépressif moyen à sévère, qui était d'évolution chronique et avait en tant que tel valeur de maladie. Les problèmes otologiques récurrents et les acouphènes pouvaient de plus être considérés comme des affections corporelles chroniques. Il a qualifié l'état psychique de la recourante de cristallisé, celle-ci étant dominée par un sentiment d'impuissance, de résignation, et étant focalisée sur ses douleurs. Elle ne subissait pas de perte d'intégration sociale, car elle était bien entourée par son mari et sa fille. Du fait de son état dépressif et du syndrome

douloureux, elle avait toutefois cessé de fréquenter ses amies et s'était peu à peu retirée des formes de vie sociale qu'elle appréciait auparavant. Au plan psychique, les traitements psychopharmacologiques et psychothérapeutiques n'avaient pas permis d'obtenir une rémission symptomatique, bien que ceux-ci aient été conduits dans les règles de l'art et que les taux plasmatiques, contrôlés à plusieurs reprises, se soient révélés plutôt élevés et compatibles avec la posologie prescrite. L'expert jugeait que la recourante ne disposait pas des ressources nécessaires à surmonter ses douleurs car elle était épuisée par sa lutte contre ses douleurs et les acouphènes et ses ressources psychiques étaient très amoindries. Il n'avait aucun élément amenant à penser que la recourante exagérait ses plaintes ou les manifestations de ses douleurs. La résistance au stress de la recourante était sévèrement réduite et il lui arrivait, dans de telles situations, de perdre la capacité de s'exprimer et de réagir adéquatement. Le Dr T\_\_\_\_\_ a conclu que la recourante n'était plus en mesure d'exercer une activité lucrative. Les chances de réadaptation professionnelle étaient nulles et le pronostic sombre, tant sur le plan médical qu'en ce qui concernait la capacité de travail. L'expert a terminé son rapport en indiquant qu'il ne lui était pas possible de déterminer s'il s'agissait d'une dépression récurrente ou d'un épisode dépressif qui se serait installé progressivement et serait devenu chronique et plus sévère avec le temps. La recourante était assurément depuis des années dans un état dépressif, traité par des antidépresseurs qui lui avaient longtemps permis de conserver un état compatible avec une activité professionnelle. Au jour de l'expertise, ce n'était plus le cas en raison de l'aggravation de la symptomatologie dépressive et douloureuse et de l'épuisement des ressources psychiques.

30. La recourante s'est déterminée sur le rapport d'expertise en concluant à l'admission du recours par écriture du 15 octobre 2010.
31. Dans son avis du 28 octobre 2010, la Dresse O\_\_\_\_\_ a commenté l'expertise en indiquant que la comorbidité psychiatrique ne causait en principe pas d'incapacité de travail de longue durée. Les autres critères de gravité n'étaient que partiellement remplis. De plus, l'expertise ne contenait aucun élément permettant de remettre en cause les conclusions de l'examen rhumato-psychiatrique du SMR de 2008. Le Dr T\_\_\_\_\_ n'avait en outre pas indiqué si la recourante souffrait d'une dépression récurrente ou d'un épisode dépressif alors que le pronostic et les répercussions sur la capacité de travail étaient différentes pour ces deux diagnostics.
32. Dans ses observations du 4 novembre 2010, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il retient que le Dr T\_\_\_\_\_ n'a pas indiqué s'il suivait ou non les conclusions des Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, alors qu'il lui incombait de se prononcer sur ce rapport en tant qu'expert. Il n'a en outre pas précisé si la recourante souffrait d'une dépression récurrente ou d'un épisode dépressif, alors que le pronostic et les répercussions sur la capacité de travail sont différentes pour ces deux diagnostics. Ses conclusions ne sont pas suffisamment motivées pour déterminer concrètement l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis l'examen par les médecins du

SMR en 2008, et on ignore si l'expert adhère ou non à leurs conclusions. L'intimé a de plus rappelé que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'est pas suffisant selon la jurisprudence pour conclure à une invalidité si des facteurs déterminés n'empêchaient pas l'assuré de fournir l'effort de volonté nécessaire pour surmonter ses douleurs. En l'espèce, l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique ne constitue pas une comorbidité psychiatrique grave au sens de la jurisprudence, et il est manifeste que les autres conditions posées par la jurisprudence ne sont pas réalisées, la recourante ne subissant pas de perte d'intégration sociale.

33. La recourante s'est déterminée par écriture du 11 février 2011, en rappelant l'intensité de ses souffrances qui rend impossible l'exercice d'une activité lucrative et en sollicitant l'audition de son psychiatre et de son médecin traitant. Elle souligne que le mandat d'expertise confié au Dr T\_\_\_\_\_ ne lui demandait pas de se prononcer sur les diagnostics posés en 2008. Elle allègue qu'une dépression récurrente ou un état dépressif chronique ont les mêmes conséquences sur la capacité de travail, et rappelle que parmi tous les psychiatres consultés, seul le Dr F\_\_\_\_\_ n'a pas diagnostiqué de syndrome dépressif moyen à sévère. Ces éléments permettant de remettre en cause les conclusions de l'intimé, la recourante a persisté dans ses conclusions.
34. Une audience s'est tenue devant la Cour de céans le 3 mai 2011, à laquelle le Dr T\_\_\_\_\_, dûment convoqué, ne s'est pas présenté. A cette occasion, la recourante a fait état d'une aggravation de son état de santé depuis février-mars 2010, nécessitant des injections hebdomadaires de procaïne dans les muscles des épaules. Elle a produit un rapport de la Dresse U\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie, faisant état d'une douleur et de raideur de toute la musculature cervicale postérieure et antérieure, d'une induration des régions cicatricielles apparues suite à la sclérodémie et à la phlébite du sein droit, d'un manque de mobilité de la ceinture scapulaire et d'une sensibilité à la palpation de la musculature et du tissu sous-cutané. Cette spécialiste a indiqué que ces transformations tissulaires peuvent être à l'origine de la fatigabilité progressive et influencer l'état psychique de la recourante, et qu'un lien entre les affections de la tête avec interventions chirurgicales à répétition et les paresthésies de cette région sont possibles. Malgré l'aggravation transitoire que peuvent entraîner dans un premier temps les traitements tels que les injections, la Dresse U\_\_\_\_\_ a préconisé leur poursuite.
35. Par courrier du 5 mai 2011, la Cour de céans a demandé au Dr T\_\_\_\_\_ d'indiquer si la symptomatologie présentée par la recourante devait être dissociée du trouble somatoforme douloureux, de déterminer si la recourante présentait un trouble dépressif récurrent ou un épisode dépressif, en se fondant sur l'anamnèse et ses observations. Il a également été demandé à l'expert de préciser les suites de la tentative de suicide par absorption d'eau de Javel en 1994, et de dire si la recourante

avait subi une aggravation de sa santé psychique depuis l'examen par le SMR en 2008, ou si les conclusions de l'expertise reposaient sur une appréciation différente d'un tableau clinique identique.

36. Le Dr T\_\_\_\_\_ a répondu par courrier du 10 mai 2011 que les critères d'un état dépressif majeur étaient tous présents chez la recourante au moment de l'examen, certains étant marqués. La symptomatologie constatée allait au-delà du sentiment de détresse rencontré dans le trouble somatoforme douloureux persistant, mais l'état dépressif avait des liens étroits avec le trouble somatoforme douloureux de sorte qu'il n'y aurait aucun sens à le considérer comme dissocié de celui-ci du point de vue médical. Au point de savoir si la recourante présentait un trouble dépressif récurrent ou un épisode dépressif, l'expert a souligné qu'il avait déjà indiqué qu'il n'était pas possible de trancher la question sans disposer d'informations précises sur l'évolution du trouble depuis sa première manifestation. Il était possible, compte tenu des données résultant de l'anamnèse, que la recourante souffre en permanence depuis de très nombreuses années d'une dysthymie ou de symptômes dépressifs résiduels présents à des degrés d'intensité variable. On pourrait parler de dépression récurrente si elle avait connu une rémission symptomatique totale et durable entre des épisodes bien distincts les uns des autres, mais ce n'était pas ce que la recourante avait rapporté. S'agissant des suites de la tentative de suicide par ingestion d'eau de Javel, il ne disposait pas d'informations mais la recourante aurait à la suite de ce geste séjourné à la clinique de Montana. La comparaison entre les observations cliniques rapportées par le Dr F\_\_\_\_\_ et celles de l'expert amenait ce dernier à conclure à une nette aggravation de l'humeur, tout en notant que le rapport du Professeur A\_\_\_\_\_ faisait déjà état d'une importante symptomatologie dépressive et que les psychiatres des HUG avaient diagnostiqué plus tard une dépression sévère.

S'agissant de son absence à l'audience du 3 mai 2011, le Dr T\_\_\_\_\_ a prié la Cour de céans de l'en excuser, expliquant que "le courrier m'y convoquant s'est probablement égaré en interne et ne m'est pas parvenu".

37. Dans son avis du 6 juin 2011, la Dresse O\_\_\_\_\_ a estimé qu'il n'y avait pas de motif de considérer le trouble dépressif moyen de façon indépendante du trouble somatoforme douloureux car il n'était pas apparu avant. Elle relève que la description faite à l'expert par la recourante du déroulement des journées met en avant ses douleurs, dont découlent ses limitations qui ne sont pas imputables à des restrictions psychiques autonomes. Elle conteste que les constatations objectives de l'expert permettent, selon les critères exigés par la CIM-10, de conclure à un épisode dépressif moyen. La recourante avait admis trouver du plaisir à voir ses petits-enfants, son appétit était conservé et elle n'éprouvait ni culpabilité, ni trouble de la concentration ou mnésique. La Dresse O\_\_\_\_\_ a conclu que les répercussions du trouble de l'humeur ne pouvaient être appréciées indépendamment de celles du trouble douloureux.

38. L'intimé a persisté dans ses conclusions dans son écriture du 8 juin 2011, se référant à l'avis du SMR et rappelant l'argumentation développée dans ses précédentes écritures.
39. Par écriture du 30 juin 2011, la recourante a également persisté dans ses conclusions, alléguant qu'un effort de volonté n'était pas suffisant pour surmonter ses douleurs, car elle souffrait de nombreuses affections corporelles.
40. Copie de cette écriture a été adressée à l'intimé par la Cour de céans le 1<sup>er</sup> juillet 2011.
41. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
3. Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, plus particulièrement sur sa capacité de gain.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique 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 (ATF I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1; ATF 102 V 165). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398, consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATF I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents

types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Ulrich MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77).

7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 256, consid. 4; ATF 115 V 133, consid. 2).

b) 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. À cet égard, il convient 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 351, consid. 3; ATF 122 V 157, consid. 1c).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb).

d) 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 351, consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

e) Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (ATF I 648/03 du 18 septembre 2004, consid. 5.1.3 et 5.1.4).

8. En l'espèce, l'expertise réalisée par le Dr T\_\_\_\_\_ satisfait aux réquisits développés par la jurisprudence citée et doit dès lors se voir reconnaître une pleine valeur probante. L'expert a en effet étudié le dossier médical de la recourante, établi l'anamnèse, recensé ses plaintes et s'est entretenu avec sa psychiatre. Il a également procédé à un examen clinique et a pris des conclusions claires, qu'il a pris soin de motiver de manière convaincante.

Les critiques formulées par le SMR à l'égard de l'expertise tombent à faux. S'agissant du grief selon lequel le Dr T\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur le rapport des Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ et ne contient pas d'élément permettant de le remettre en cause, il faut souligner d'une part que le mandat d'expertise ne contenait aucune question expresse sur ce point. De plus, dans la mesure où le Dr T\_\_\_\_\_ retient une incapacité de travail dès début janvier 2009 et où les médecins du SMR ont conclu à une capacité de travail totale lors de leur examen de juillet 2008, leurs conclusions ne sont pas contradictoires et il n'était dès lors pas nécessaire que l'expert discute les conclusions du rapport de juillet 2008 de manière détaillée en expliquant pour quelles raisons il s'en écartait. Quant à la distinction entre dépression récurrente et épisode dépressif, il sied de souligner ce qui suit. Il est exact qu'un épisode dépressif et une dépression récurrente ont en général des incidences différentes sur la capacité de travail d'un assuré, comme le relève la Dresse O\_\_\_\_\_ dans son avis du 28 octobre 2010. Cependant, le Dr T\_\_\_\_\_ a exposé, tant dans son rapport d'expertise que dans ses explications complémentaires du 10 mai 2011, les difficultés à poser un diagnostic certain sur ce point, en indiquant que les critères permettant de conclure à une dépression récurrente n'étaient pas réunis en l'espèce, à défaut de guérison complète entre plusieurs épisodes dépressifs. L'expert a cependant précisé que la différence entre ces deux diagnostics est avant tout théorique, puisque la requérante souffre en réalité d'un état dépressif qui s'est aggravé et chronicisé au fil des ans, dont les répercussions actuelles sur la capacité de travail de la requérante sont établies. La qualification d'épisode dépressif moyen à sévère par l'expert est également contestée par le médecin du SMR, selon laquelle les critères de la CIM-10 ne seraient pas remplis. Selon cette classification, les épisodes dépressifs (F 32) sont ceux lors desquels le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil, et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dits "somatiques", par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido. Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif : léger, moyen et sévère. Un épisode dépressif léger (F 32.0) suppose que deux ou trois des symptômes cités plus haut soient habituellement présents. Dans les épisodes dépressifs moyens (F 32.1), au moins quatre de ces symptômes sont habituellement présents et le sujet éprouve des difficultés

considérables à poursuivre ses activités usuelles. Le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2) implique que plusieurs des symptômes dépressifs mentionnés soient présents. En l'occurrence, l'expert a fait état chez la recourante de tristesse, de pleurs, d'un accablement moral, d'un ralentissement idéique et moteur, d'une perte d'intérêt et de plaisir, de fatigue, de perte d'espoir, d'un sentiment de dévalorisation, d'inhibition de la pensée, de difficultés de concentration, de perte totale de la libido et de troubles du sommeil. Ainsi, ce sont à l'évidence plus de quatre des symptômes recensés par la CIM-10 qui ont été observés chez la recourante, de sorte que l'avis du SMR est manifestement erroné. On soulignera également que la Dresse M\_\_\_\_\_, les Drs V\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ ainsi que l'expert s'accordent tous à reconnaître que la recourante présente un épisode dépressif moyen, voire sévère. De plus, contrairement à la Dresse O\_\_\_\_\_, ces praticiens sont spécialisés en psychiatrie. Pour ces motifs également, leurs conclusions doivent l'emporter sur celles du médecin du SMR.

Quant à la valeur de maladie en tant que telle de la symptomatologie dépressive, il y a lieu de rappeler que si selon la doctrine médicale, les états dépressifs constituent des manifestations réactives d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, si bien qu'ils ne sauraient en principe faire l'objet d'un diagnostic séparé, tel n'est pas le cas lorsqu'ils présentent des caractères de sévérité susceptibles de les distinguer d'un tel trouble (ATF I 176/06 du 26 février 2007, consid. 5.1). Le Dr T\_\_\_\_\_ a en l'espèce souligné que si le trouble somatoforme douloureux interagissait avec la dépression, cette atteinte dépassait les symptômes habituels dans le cadre de troubles somatoformes douloureux, raison pour laquelle elle était en soi suffisante à entraîner une incapacité de travail. L'anamnèse révèle que les troubles dépressifs sont apparus avant les douleurs de la recourante, ce que confirme entre autres documents le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 23 juillet 2008. Par conséquent, contrairement à ce que soutient la Dresse O\_\_\_\_\_ dans son avis du 6 juin 2011, la symptomatologie dépressive est antérieure au trouble somatoforme douloureux et ne peut donc avoir été causée par ce dernier. Il convient donc, en se fondant sur les conclusions de l'expert, d'admettre que la seule dépression a un caractère invalidant.

Par surabondance, même s'il fallait admettre que la symptomatologie dépressive ne constitue pas une comorbidité suffisamment grave pour entraîner une incapacité de travail, les critères déterminants selon la jurisprudence pour conclure à l'impossibilité de l'assuré de fournir un effort de volonté pour surmonter ses douleurs sont largement réalisés dans le cas de la recourante, comme cela ressort des indications détaillées de l'expert. L'intimé affirme que tel n'est pas le cas en relevant que la recourante éprouve du plaisir à voir ses petits-enfants, ce qui l'amène à conclure qu'elle ne subit pas de perte d'intégration sociale. A cet égard, il convient de rappeler que le critère de perte d'intégration sociale a pour fonction de déterminer si un trouble somatoforme douloureux est effectivement invalidant en

décelant des inconsistances dans le comportement de l'assuré. Si un trouble somatoforme douloureux constitue un obstacle à la reprise du travail par l'assuré mais ne l'empêche pas de continuer à entretenir des relations personnelles, familiales et sociales dans la même mesure qu'avant sa survenance, si l'assuré consacre son temps libre et ses vacances aux mêmes activités qu'auparavant, qu'il poursuit ses loisirs et ses activités non lucratives, il n'y a pas lieu de reconnaître le caractère incapacitant de cette atteinte. A l'inverse, si un assuré est dans une situation de retrait social, s'isole, renonce à des activités qui lui plaisaient en raison de ses douleurs, on doit admettre qu'il s'agit-là d'un indice important que ses douleurs ne peuvent être surmontées (MEYER-BLASER, *op. cit.*, pp. 84-85). En l'espèce, la recourante continue certes à voir ses petits-enfants. Il est néanmoins faux de déclarer qu'elle ne subit pas de perte d'intégration, puisqu'elle a cessé de voir ses amies et ne participe plus aux activités sociales auxquelles elle s'adonnait auparavant. Ainsi, ses douleurs ont également une incidence non négligeable sur sa vie sociale, ce qui constitue au sens de la doctrine précitée un indice important qu'elle n'est pas en mesure de les surmonter par un effort de volonté. Partant, les critères jurisprudentiels permettant de reconnaître à la fibromyalgie un caractère invalidant sont également réunis dans le cas de la recourante.

Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expert, qui reconnaît une incapacité de travail totale dans toute activité depuis début 2009. Partant, la recourante a droit à une rente complète d'invalidité à l'issue du délai de carence d'une année prévu par l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, soit dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

9. Le recours sera ainsi partiellement admis.

L'intimé versera à la recourante, qui obtient partiellement gain de cause, une indemnité de dépens fixée à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA). Il supporte également l'émolument de 1'000 fr.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010.
3. Annule la décision de l'intimé du 12 mars 2009.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul de la rente.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens.
6. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'intimé.
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; 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI-  
WANGELER

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