

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1976/2008

ATAS/716/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 2 juin 2009

En la cause

Madame B_____, domiciliée à 1219 Châtelaine, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître MOCK Roger

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Georges ZUFFEREY, Président suppléant; Teresa SOARES et Luis ARIAS,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame B_____, née en 1954, est au bénéfice de deux formations professionnelles : un certificat de formation en électricité du bâtiment obtenu en 1982 en France où elle était alors domiciliée et un certificat de secrétaire dactylographe délivré par les Cours commerciaux de Genève en 1997.
2. Le 2 juillet 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en mentionnant qu'elle souffrait de fibromyalgie.
3. Figure notamment au dossier de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : OCAI), qui a instruit la demande, un rapport du 3 novembre 2006 du docteur L_____, spécialiste en rhumatologie, adressé à son confrère le docteur M_____, spécialiste en médecine interne. Dans ce document, le médecin précise que « l'ensemble de l'anamnèse, examen clinique et biologique permet de conclure que votre patiente souffre d'un syndrome somatoforme douloureux chronique dans le cadre d'un état dépressif également chronique » et qu'une prise en charge psychothérapeutique se justifiait.
4. Le 25 juillet 2007, le docteur L_____ a rempli un rapport médical à l'attention de l'OCAI, dans lequel il a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un état dépressivo-anxieux chronique important, des troubles de la personnalité et un syndrome douloureux somatoforme persistant entraînant une incapacité totale de travail depuis « 2001 ? ».

Il a précisé suivre la patiente depuis le 3 octobre 2006. Celle-ci avait exercé, entre 1985 et 1995, une activité indépendante en tant que prostituée. Ladite occupation avait été poursuivie de façon moins régulière jusqu'à fin 2005, début 2006 et l'intéressée vivait de l'aide de l'Hospice général depuis 2001.

L'assurée avait consulté le docteur N_____, rhumatologue, en juin 2006 en raison de douleurs polyarticulaires et ce spécialiste avait posé le diagnostic de fibromyalgie. Les douleurs avaient augmenté et étaient devenues continues, associées à une grande fatigue, des démangeaisons, fourmillements aux membres, froideur des mains, troubles digestifs vagues, maux de tête, gonflement des membres supérieurs avec sensation de faiblesse, troubles de la mémoire et de la concentration. Le docteur L_____ avait eu de la peine à faire comprendre à sa patiente qu'elle souffrait de troubles psychiques, mais elle avait finalement accepté de voir un psychiatre, le docteur O_____, qui avait confirmé des atteintes psychiques importantes. Les possibilités de placement dans une activité quelconque étaient pratiquement inexistantes et une expertise était indispensable.

5. Egalement appelé à donner son avis par l'administration, le docteur O_____ a fait parvenir à cette dernière un rapport médical en date du 3 août 2007. Il y a posé

les diagnostics (avec répercussion sur la capacité de travail), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), de syndrome somatoforme douloureux persistant de type fibromyalgique (F45.4), existant depuis 1997. L'incapacité de travail était totale depuis 1997.

Le médecin exposait suivre l'assurée depuis le 7 mars 2007. Cette dernière, qui s'était adonnée à la prostitution pour nourrir ses quatre enfants, se plaignait de tristesse et découragement, fatigue et fatigabilité, anhédonie, baisse de l'idée d'échec et désespoir. Le médecin avait constaté une patiente triste, affligée, abattue, au faciès et à la mimique tristes, dont la voix était à peine audible et la gestuelle réduite. Elle présentait une baisse des activités idéomotrices et idéatoires. Le pronostic était défavorable et le traitement consistait en des entretiens psychologiques et une médication antidépressive. Ni l'ancienne activité, ni aucune autre n'était exigible en raison de l'atteinte grave à la santé aussi bien physique que psychique.

6. Sur demande de l'OCAI, le Centre d'expertise médical de Genève a procédé à une expertise pluridisciplinaire sur la personne de l'assurée. Dans leur rapport y relatif du 7 mars 2008, les experts ont posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de polyneuropathie périphérique des membres inférieurs, ostéopénie et, sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec symptômes somatiques (F33.01), trouble panique (F41.0), syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), trouble de la personnalité sans précision (F60.9), syndrome de la dépendance à l'alcool, actuellement abstinent (F10.25), discrète arthrose articulaire postérieure lombaire en L4-L5 et L5-S1. L'assuré vivait avec une de ses filles, au chômage, depuis juin 2007. Elle exécutait les tâches de rangement, lessive, vaisselle, tandis que les activités lourdes du ménage étaient exécutées par sa fille. Elle se plaignait en premier lieu de douleurs de type brûlures, de caractère migrant, et de fourmillements. Les experts ont relevé que les douleurs diffuses squelettiques rapportées pouvaient s'inscrire dans le contexte d'un syndrome fibromyalgique ou d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. En effet, il existait une discrétance entre l'intensité des douleurs alléguées au jour de l'examen et l'examen clinique. Par ailleurs, la durée d'une dizaine d'années de la symptomatologie algique sans répercussion structurelle et fonctionnelle réduisait fortement la probabilité d'une maladie rhumatismale inflammatoire et mettait fortement en avant le diagnostic d'un syndrome somatoforme. La pression des masses musculaires et des points habituels de fibromyalgie s'était avérée indolore lorsqu'elle était effectuée à l'insu de l'assurée, c'est-à-dire lorsque son attention était détournée. Les experts ne retenaient donc pas le diagnostic de fibromyalgie, mais, en accord avec l'expert psychiatre, celui d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. La polyneuropathie périphérique existait dans le cadre d'un abus éthylique chronique pendant de longues années ; elle diminuait la capacité à marcher sur un terrain inégal et à maintenir l'équilibre en l'absence de compensation visuelle (par exemple dans la nuit). L'examen du rachis cervical et lombaire ne démontrait

aucune réduction de la capacité de travail et, au plan physique, l'ostéoporose exposait l'assurée au risque de subir des fractures déjà lors de sollicitations physiques peu importantes. Elle ne devait donc pas s'exposer à de telles sollicitations (port de charges mi-lourdes à lourdes ou sollicitations subites). L'arthrose lombaire entraînait une intolérance à la position accroupie de manière répétée. Quant au plan psychiatrique, les plaintes comprenaient une fatigue chronique, un manque d'envie et de motivation et un sommeil entrecoupé par les couleurs. L'assurée décrivait aussi un trouble panique avec plusieurs crises par semaines, des crises de tétanie qui étaient plus rares au moment de l'expertise. Elle se déclarait triste, car beaucoup de choses avaient changé en raison de ses difficultés financières.

Aux termes de l'expertise psychiatrique, l'expertisée avait subi des violences dans son enfance et de la part de ses époux. Depuis 1991, elle n'exerçait plus aucun métier. Elle était atteinte de plusieurs pathologies psychiatriques qui étaient au moment de l'expertise en rémission complète ou partielle et qui seules en soi ne représentaient pas une atteinte à la santé touchant la capacité de travail de manière invalidante. Malgré la présence de diagnostics multiples, l'assurée ne présentait pas de limitation sur le plan psychique. L'état dépressif au moment de l'évaluation était probablement dans une phase de rémission partielle, se présentant sous la forme d'un épisode dépressif léger. Sous traitement de Remeron, l'assurée avait fait une très bonne stabilisation de l'humeur. Le trouble panique était bien géré par l'intéressée et de bon pronostic vu l'introduction d'un traitement antidépresseur et la compliance de l'assurée, mais également grâce à l'arrêt de la consommation d'alcool. La dépendance à l'alcool ne devait pas, au demeurant, être un obstacle étant donné l'abstinence décidée par l'assurée et suivie sans difficulté particulière. Quant au trouble de la personnalité, l'expert ne constatait pas d'argument en faveur d'une aggravation du comportement, ou une diminution de la flexibilité ou de la souplesse. Même si ce trouble pouvait représenter un obstacle à une activité rémunérée, tel n'avait jamais été le cas par le passé. Enfin, le trouble somatoforme persistant n'était pas complètement « imprégné » par l'assurée, qui avait conservé ses capacités d'introspection. Un travail d'élaboration de prise de conscience et une motivation avec l'aide du psychiatre traitant pourrait être profitable et aider l'assurée à accepter une intégration professionnelle dans un endroit bien adapté à ses capacités physiques résiduelles. Il n'y avait pas de limitation au plan social, malgré les propos de l'intéressée relatifs à son isolement ; cette dernière avait en effet plutôt bien fonctionné dans le réseau social familial quand cela lui était nécessaire. En fin de compte, il fallait éviter les postes de travail avec beaucoup de promiscuité et les contraintes qui pouvaient être irritantes et provoquer des réactions agressives de l'assurée. Une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible à 100 %.

7. Le 23 novembre 2007, le docteur P_____, médecin généraliste, a attesté avoir suivi l'assurée de 2004 à 2006 pour un trouble d'ostéoporose devenu ostéopénie et une symptomatologie de la lignée dépressive, ainsi qu'une thalassémie mineure.
8. Dans un avis du 19 mars 2008, le Service médical régional AI (ci-après : SMR) a constaté que la capacité de travail n'était pas éthiquement exigible dans l'ancienne activité et exigible à 100 % dans une activité adaptée. Il n'y avait en conséquence pas eu d'incapacité de travail de longue durée.
9. Le 28 mars 2008, l'OCAI a informé l'assurée de ce qu'il entendait rejeter sa demande de prestations, ce à quoi celle-ci s'est opposée, mentionnant qu'elle souffrait d'une invalidité totale l'empêchant d'exercer une quelconque activité et qu'elle transmettrait prochainement un rapport de son médecin traitant (courrier du 17 avril 2008).
10. L'OCAI a confirmé son point de vue par décision du 6 mai 2008.
11. B_____ interjette recours contre cette décision, dont elle requiert l'annulation, concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
12. Par écriture du 3 juillet 2008, l'intimé conclut au rejet du recours.
13. Le 1^{er} septembre 2008, le Tribunal de céans a tenu une audience d'enquêtes au cours de laquelle le docteur O_____ a été entendu. Celui-ci a déclaré suivre la patiente depuis mars 2007 à raison de deux à quatre fois par mois. En août 2007, il avait posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, qui était toujours valable. Il y avait certes eu de petites fluctuations de l'état de santé dues au traitement, mais dans l'ensemble, ce dernier était demeuré presque inchangé. Le médecin signalait également un trouble somatoforme douloureux, qui avait été mis au premier plan, mais qui cachait en réalité le trouble dépressif, lequel était antérieur, apparu, selon l'hypothèse du spécialiste, peut-être même avant 1997. Le traitement consistait en une psychothérapie et l'administration de deux antidépresseurs chez une patiente compliant. Cette dernière était complètement incapable de travailler. Les limitations psychiques constatées étaient les suivantes : la personnalité était minée, de même que le comportement, ce qui se traduisait par une apathie, de la résignation, un laisser aller, un sentiment d'abandon, de l'aboulie, ainsi que les symptômes indiqués dans son rapport d'août 2007. Quant aux limitations physiques, il s'agissait des douleurs physiques entraînées par le trouble somatoforme douloureux qui se traduisaient par des difficultés à se mouvoir. Le médecin a qualifié la vie de sa patiente de naufrage et, même si le traitement était lourd, il se révélait peu efficace en raison de l'augmentation des difficultés avec le temps. En ce qui concernait l'expertise du Centre médical d'expertise, il n'était pas d'accord avec, dans la mesure où le trouble dépressif récurrent était qualifié de léger ; pour le surplus, il ne s'y opposait pas. S'il y avait eu de légères fluctuations dans le trouble dépressif, il n'y avait cependant jamais eu de rémission, même

partielle, comme l'avaient relaté les experts. Le psychiatre précisait à cet égard que sa patiente pouvait présenter un comportement démonstratif, se montrer joviale, montrer une façade, alors même qu'elle était profondément très déprimée, ce qui expliquait, selon le psychiatre, le fait que les experts avaient relativisé le trouble dépressif. De plus, le pronostic était mauvais et il ne pensait pas que l'intéressée puisse un jour récupérer une capacité de travail. Quant à la dépendance à l'alcool, le médecin n'avait jamais vu la recourante sous l'influence de l'alcool et elle était totalement abstinente.

14. Le 18 septembre 2008, l'intimé a fait parvenir un avis dans lequel il se ralliait aux considérations exposées par la doctoresse Q_____, médecin auprès du SMR, dans son rapport du 15 septembre 2008. En résumé, ce médecin y relatait qu'il n'était pas concevable que l'épisode dépressif dure près de 18 mois. Il n'était par ailleurs pas admissible de prétendre que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif antérieur au trouble somatoforme et incohérent de la part du docteur O_____ d'attester d'une incapacité totale de travail actuelle, car il attestait celle-ci dans tous ses rapports depuis 1997. Les douleurs n'étaient pas invalidantes et il était contradictoire de dire que le traitement contre la dépendance à l'alcool était lourd et qu'il n'y avait pas eu de réelle amélioration sur l'état de la patiente alors que celle-ci était toujours abstinente. Un trouble dépressif récurrent ne pouvait pas être sévère depuis 1997, voire même depuis mars 2007. En somme, l'avis du médecin se révélait favorable à sa patiente et les conclusions préalables du SMR restaient valables.
15. Par acte du 17 novembre 2008, la Juridiction de céans a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique confiée au docteur R_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le Tribunal a en effet estimé qu'il n'était pas possible de trancher la question de la capacité de travail de la recourante, dès lors que les conclusions des experts du Centre d'expertise médicale reposaient sur le constat d'une très bonne amélioration de l'état de santé de l'intéressée sous traitement, ce qui était en totale contradiction avec l'avis du docteur O_____, lequel suivait la patiente depuis mars 2007, et qui avait déclaré, en audience d'enquêtes, que l'état de cette dernière n'avait pas beaucoup changé, que le trouble dépressif était sévère, que le traitement n'était pas d'une grande efficacité, que l'incapacité de travail était totale et le pronostic mauvais.
16. L'expert judiciaire a remis son rapport en date du 24 février 2009. Il a tout d'abord retenu un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline. Toutes les marques de cette pathologie se retrouvaient depuis l'enfance chez l'expertisée (comportements impulsifs, instabilité émotionnelle, thymique, relationnelle et sociale, angoisse d'abandon et son corollaire, dépendance par rapport à des personnes et à des substances, mauvaise estime de soi). Sur cette fragilité structurelle s'étaient greffées diverses comorbidités psychiatriques, de l'avis de l'expert, qui accompagnaient habituellement le trouble borderline : décompensations anxieuses et dépressives, abus de toxiques. Il n'était par ailleurs

pas exclu que le trouble douloureux ait été, lui aussi, favorisé par la fragilité de la personnalité. Pour ce qui était de l'anxiété, le trouble panique mentionné dans le dossier était toujours présent (épisodes d'angoisse physique). Le retrait social décrit paraissait quant à lui davantage lié à la dépression et à la problématique alcoolique que de nature agoraphobique. Il existait en outre un syndrome dépressif complet avec manifestations aussi bien subjectives qu'objectives. Le diagnostic correspondant à cet état était celui d'un épisode dépressif au sens de la CIM-10. Au vu de l'importance des signes objectifs, l'intensité de la dépression pouvait être qualifiée de moyenne à sévère avec syndrome somatique, mais sans symptômes psychotiques. L'état dépressif pouvait être considéré comme résistant, puisqu'il persistait en dépit du traitement pharmacologique et psychothérapeutique bien suivi. Vu l'histoire clinique et le trouble de la personnalité, il était probable que l'intéressée ait déjà présenté d'autres épisodes dépressifs dans le passé. Néanmoins, faute de documentation à l'appui, il n'était pas possible, pour l'expert, de retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent. L'assurée avait abusé de l'alcool durant de nombreuses années, certainement à la fois pour des raisons professionnelles (elle était entraîneuse dans des bars à champagne) et pour des raisons antidépressive et anxiolytique. Depuis près de deux ans, elle était abstinente, ce qui était démontré par les examens de laboratoire pratiqués ; la tentation demeurait toutefois, vu le comportements d'évitement de lieux et de personnes. En conséquence, le diagnostic de dépendance à l'alcool, actuellement abstinente, devrait donc être également retenu. Finalement, il existait des plaintes douloureuses chroniques survenues dans un contexte émotionnellement et socialement pénible et en l'absence d'atteintes somatiques justifiant l'intensité des symptômes. Un tel tableau correspondait à ce que la CIM-10 dénommait un syndrome douloureux somatoforme persistant. En résumé, l'expert retenait donc les diagnostics psychiatriques suivants, par ordre décroissant d'importance fonctionnelle :

- épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique, sans symptômes psychotiques (F32.2),
- syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4),
- trouble panique sans agoraphobie (F41.0),
- dépendance à l'alcool, actuellement abstinente (F10.20).

Ces troubles s'inscrivaient sur un terrain de personnalité fragilisée ayant valeur de maladie, un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31).

Le docteur R_____ a remarqué arriver, à quelques nuances près qui tenaient à l'appréciation de la sévérité des troubles, en particulier de la dépression, aux mêmes diagnostics que ses confrères psychiatres, le docteur O_____, médecin traitant, et la doctresse S_____, expert du Centre d'expertise médicale. Cette dernière

avait qualifié l'état dépressif de léger, ce qui correspondait aux observations cliniques rapportées dans l'expertise. L'expert judiciaire remarquait, quant à lui, avoir manifestement constaté un état plus sévère. Il arrivait donc à une conclusion assez proche de celle du psychiatre traitant, vu l'importance des signes dépressifs objectifs signalés. Il était probable que l'humeur soit un peu fluctuante avec le temps, du fait du terrain borderline dont la caractéristique essentielle était la fragilité et la labilité de l'humeur. Il paraissait toutefois vraisemblable à l'expert, au vu du tableau qu'il avait lui-même constaté et des descriptions du docteur O_____ qu'il n'y avait pas eu de longue période d'euthymie (humeur « normale ») au cours des deux dernières années. Il était possible que l'assurée ait eu passagèrement une humeur un peu meilleure lorsqu'elle a été examinée au Centre d'expertise médicale en novembre 2007. Mais, selon toute vraisemblance, les améliorations de l'humeur étaient de courte durée et ne permettaient pas à l'intéressée de se réinsérer solidement dans le circuit de la vie active. Quant à l'étonnement manifesté par la doctoresse Q_____, il était légitime, car un épisode dépressif durait en général quelques mois, rarement plus d'un an. Toutefois, chez des sujets fragilisés par des comorbidités, surtout si celles-ci étaient nombreuses comme dans le cas de l'expertisée, on pouvait voir des patients rester pendant une très longue durée dans une dépression relativement importante, avec quelques fluctuations mais sans véritable intervalle non dépressif. Le docteur R_____ pensait que c'est ce qui se passait chez l'assurée, dont la dépression était renforcée aussi bien par le trouble borderline, le trouble anxieux, que l'abstinence à l'alcool (effet antidépresseur de l'alcool). Par contre, faute d'observation documentée avant cette date, rien ne permettait d'affirmer que l'état clinique remontait à 1997.

L'état clinique de l'assurée, probablement durable, justifiait des limitations de la capacité de travail, principalement sous la forme d'une baisse de rendement. Celle-ci était due en premier lieu au trouble dépressif, qui diminuait les capacités motivationnelles et volitives de l'intéressée, et la quantité d'énergie dont elle pouvait disposer. Les douleurs et les troubles anxieux renforçaient cet effet, du fait des troubles du sommeil qu'ils provoquaient. Un léger tassement des facultés cognitives était également probable (mémoire, concentration), imputable aussi bien aux troubles anxieux et dépressifs qu'à la longue durée d'action de l'alcool sur le cerveau. Vu le cumul des diverses pathologies, il semblait à l'expert raisonnable d'estimer que le rendement résiduel de l'expertisée ne dépassait pas 30 % dans une activité professionnelle adaptée à son état physique et 50 % dans les tâches ménagères.

En ce qui concernait particulièrement le trouble somatoforme, l'expert constatait qu'il existait une comorbidité psychiatrique certaine, sérieuse et durable, constituée par l'ensemble des divers diagnostics énoncés. Il ne s'agissait pas de manifestations réactives au trouble somatoforme douloureux. Des atteintes physiques durables semblaient également être présentes, mais elles étaient relativement modérées. Il y avait certes une perte d'intégration sociale importante, mais elle n'était pas

complète. Les douleurs persistaient depuis une dizaine d'années et ne s'étaient guère amendées depuis l'introduction du traitement médical et psychiatrique. Quant à l'état psychique lui-même, il était en partie cristallisé, vu le tableau globalement stationnaire tout de même ponctué d'une réussite remarquable, à savoir l'arrêt de la consommation d'alcool.

Pour l'expert, il n'existait pas d'évidence qu'un changement significatif de l'état clinique puisse être attendu dans un délai prévisible. De ce fait, il ne pouvait non plus s'attendre à une amélioration notable de la capacité de travail.

Finalement, le médecin, qui estimait que des mesures de réadaptation professionnelle étaient dépourvues de sens vu les effets identiques des troubles psychiatriques dans tout environnement professionnel, précisait que son évaluation de la capacité de travail était également valable au moment où l'OCAI avait statué sur le droit à la rente, car il n'y avait pas eu d'évolution clinique significative.

17. Dans sa prise de position du 30 mars 2009, l'intimé a déclaré confirmer ses conclusions précédentes. Il s'est référé, pour le détail, à l'avis annexé des docteurs U_____ et Q_____.

Ces derniers se sont prononcés dans un document du 24 mars 2009. En substance, ils ont considéré que le problème d'anxiété n'aurait pas dû être pris en compte en tant que comorbidité psychiatrique indépendante, car il s'agissait en réalité d'événements secondaires à la dépression et à la problématique alcoolique plutôt qu'à un trouble panique agoraphobique. En ce qui concerne l'intensité de la dépression, ils ont estimé que la qualification de l'expert manquait de précision. En reprenant les critères fixés par la CIM-10 (point F32.2, dépression sévère), les médecins du SMR en dénombrent sept pouvant évoquer un épisode dépressif sévère, mais le tableau n'était, selon eux, pas franc et reflétait l'incertitude de l'expert dans la mesure où il manquait des idées auto-agressives, une attitude morose face à l'avenir, ainsi que des troubles de la concentration ; en outre, l'assurée était capable de poursuivre ses activités sociales ou ménagères et le traitement pharmacologique n'était pas celui d'un épisode dépressif sévère. Enfin, ils ont estimé, après analyse des conditions posées par la jurisprudence à la reconnaissance du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, ne pas être en présence d'une des formes exceptionnellement invalidante dudit syndrome. Il n'y avait pas d'affection corporelle chronique à retenir (la polyneuropathie, l'ostéopénie et l'arthrose articulaire postérieure lombaire n'étant pas invalidantes) ; les troubles de la personnalité, dont l'existence était mise en cause, ne faisaient pas le consensus quand à leur degré de gravité chez les experts psychiatres ; le trouble de l'humeur était également diversement apprécié et, en l'absence de certitude quant à un épisode dépressif sévère, il fallait conclure à une humeur fluctuante, comme c'était d'ordinaire le cas dans le cadre d'une trouble somatoforme douloureux, et une éventuelle aggravation était vraisemblablement

secondaire aux développements de la cause assécurologique et aux décisions négatives de l'AI ; quant à la perte d'intégration sociale, à l'état psychique cristallisé et à l'échec des traitements conformes aux règles de l'art, l'absence de certitude de l'expert pour chacun de ces points était mise en évidence. En conclusion, il n'y avait pas lieu de s'écarter de ce qui avait été retenu par le SMR dans son rapport du 19 mars 2008.

18. La recourante a, quant à elle, considéré que les conclusions de l'expert confortaient en tous points les remarques formulées par le docteur O_____, psychiatre traitant, et qu'il y avait par conséquent lieu de lui accorder une rente entière d'invalidité.

EN DROIT

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

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

2. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
3. Les dispositions légales applicables ratione temporis ayant été déterminées dans l'ordonnance du 17 novembre 2008, il n'y sera pas revenu dans le présent arrêt.
4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la recourante peut prétendre une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement si elle présente une ou des affections invalidantes et quel est le taux d'invalidité.
5. a) L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quart, 70 % un moins un rente entière (art. 28 al. 1 LAI).

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'une 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 qui est présumée permanent ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

c) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.2 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible, si bien qu'il

convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment déterminant du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités) ; il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487 ; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

6. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V consid. 4 et les références).

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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.).

c) Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (arrêt du Tribunal fédéral du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2 ; ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ;

Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

d) 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).

7. Dans le cas d'espèce, la recourante a été soumise à une expertise bidisciplinaire par l'intimé, dont le volet psychiatrique a été suffisamment mis en doute par les propos de son psychiatre traitant pour que le Tribunal ordonne la mise en œuvre d'une nouvelle expertise (judiciaire) psychiatrique.

Cette dernière, réalisée par le docteur R_____, remplit en tous points les réquisits jurisprudentiels pour que lui soit accordée une pleine valeur probante. En effet, elle repose sur de longs entretiens avec la recourante dont les plaintes ont été prises en considération, ainsi que sur le dossier complet qui lui a été fourni par la Juridiction de céans. Les développements sont clairs et les diagnostics posés également. Il n'y a pas de contradiction entre les conclusions, les constatations cliniques et l'argumentation médicale, qui est au demeurant fouillée. Dans ces circonstances, on ne voit pas de raison de s'en écarter, contrairement à ce que proposent les médecins du SMR dont l'avis est repris tel quel par l'intimé. En particulier, les remarques formulées par les docteurs Q_____ et U_____ en relation avec le trouble panique doivent être écartées, dans la mesure où le médecin

expert a exposé de façon circonstanciée pour quels motifs il retenait un tel trouble et que ce dernier ne relevait justement pas d'un trouble agoraphobique. Quant à l'intensité de la dépression, elle est documentée à souhait, de même que les interférences entre les différentes pathologies psychiatriques présentées par l'intéressée, qui ont valeur de maladie et qui, quand bien même elles s'influencent mutuellement, sont indépendantes les unes des autres (on pense en particulier au trouble dépressif qui n'est pas considéré, par l'expert, comme une manifestation d'accompagnement du trouble somatoforme douloureux, ce qui ressortait au demeurant déjà des propos du docteur O_____).

Quant au volet somatique de la problématique médicale de la recourante, la Juridiction de céans ne voit pas de motif de s'écarter des conclusions et remarques formulées par les médecins (en particulier le rhumatologue) du Centre d'expertise médicale, dans la mesure où elles ne sont d'une part pas contestées et, d'autre part, où rien ne permet de les remettre en question.

8. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} 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 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

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 396 consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique

cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in : *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, *Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten*, in : *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER ; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F]*, 4^e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 *in fine* ; MEYER-BLASER, *op. cit.* p. 81, note 135).

9. En l'espèce, la recourante présente un trouble somatoforme douloureux. Or, il résulte clairement de l'expertise du docteur R_____ que les autres diagnostics psychiatriques qu'ils a retenus, et en particulier l'épisode dépressif de gravité moyenne à sévère, ne sont pas des manifestations d'accompagnement de ce trouble, mais des comorbidités à part entière, ayant valeur de maladie et se révélant d'une gravité certaine, ce d'autant plus qu'elles persistent dans le temps. En pareilles circonstances, point n'est besoin d'examiner les autres critères posés par la jurisprudence pour se prononcer sur le caractère invalidant du trouble somatoforme, puisqu'il existe des comorbidités psychiatriques graves. Le trouble somatoforme douloureux doit dès lors être considéré comme invalidant, au même titre que les autres pathologies dont souffre la recourante. Il s'ensuit que les conclusions de

l'expert judiciaire relatives à la capacité de travail doivent être suivies et qu'il ne peut dès lors être exigé de l'intéressée qu'une capacité de travail résiduelle maximale de 30 % dans une activité adaptée aux limitations physiques, c'est-à-dire n'impliquant pas de marche sur terrain inégal ou de maintien de l'équilibre en l'absence de compensation visuelle, ni d'exposition à un risque de fractures (sollicitations physiques peu importantes), de port de charges mi-lourdes à lourdes ou de sollicitations subites ou encore de position accroupie répétée. Dans les travaux ménagers, il convient de prendre, cas échéant, en considération une capacité à accomplir les travaux habituels de 50 %.

10. Reste à déterminer le taux d'invalidité présenté par le recourante. Le dossier de l'OCAI ne contient cependant aucun document à ce propos, singulièrement aucune pièce permettant de déterminer les revenus de l'intéressée avant la survenance de l'atteinte à la santé. Il n'est dès lors pas possible de procéder à une comparaison des gains, ni, par voie de conséquence, de déterminer le taux d'invalidité de la recourante. La cause sera donc retournée à l'office intimé pour qu'il comble cette lacune et fixe le taux d'invalidité.
11. La procédure n'est pas gratuite. L'intimé, qui succombe, en supportera les frais, présentement fixés à 1'000 fr. Il versera en outre une indemnité de dépens à la recourante de 1'500 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 6 mai 2008.
4. Renvoie le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de dépens de 1'500 fr.
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); 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

Le président suppléant

Nancy BISIN

Georges ZUFFEREY

La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ

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