

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2014/2007

ATAS/662/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 4**

**du 28 mai 2008**

En la cause

Madame V\_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Giovanni CURCIO

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Olivier LEVY, Juges  
assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame V\_\_\_\_\_, d'origine portugaise, a effectué quatre ans de scolarité obligatoire au Portugal, avant de travailler dans une usine, puis dans l'hôtellerie et la restauration.
2. En Suisse depuis 1981, l'intéressée a exercé diverses activités dans l'hôtellerie et la restauration, en tant que serveuse, lingère et repasseuse. Elle a travaillé en dernier lieu à l'Hôtel X\_\_\_\_\_, à Genève, de 1996 jusqu'en septembre 2002, comme femme de chambre, à plein temps. Depuis le 3 octobre 2002, l'intéressée est en arrêt de travail et n'a pas repris d'activité depuis lors.
3. Dans un rapport de consultation psychiatrique du 23 avril 2002, le Département de psychiatrie des HUG a posé comme diagnostic principal un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique. Les médecins relèvent que l'assurée présente des douleurs chroniques dans le cadre d'un état dépressif récurrent qu'elle nie. Cet état dépressif favorise l'abaissement du seuil de la douleur. Comme cette patiente n'est pas compliant, il sera sans doute difficile de lui proposer un suivi ambulatoire physiothérapeutique qu'elle avait déjà abandonné lors de son hospitalisation en juillet 2001. Une proposition de traitement par antidépresseurs lui sera réitérée durant son hospitalisation, proposition qu'elle a refusée.
4. Dans un rapport adressé à la Dresse A\_\_\_\_\_ le 7 mai 2002, le Dr B\_\_\_\_\_, chef de clinique du département de médecine interne, division de rhumatologie des HUG, a posé les diagnostics de cervicobrachialgies droites non déficitaires exacerbées, lombosciatalgies droites chroniques et état anxio-dépressif. Il a relevé que l'assurée était hospitalisée pour une exacerbation de cervicobrachialgies droites non déficitaires, avec cliniquement un discret syndrome vertébral sur fond d'un seuil de la douleur probablement abaissé comme en témoigne la positivité de 18 points de fibromyalgie sur 18. D'autre part, lors de l'hospitalisation de juillet 2001, l'assurée présentait un état anxio-dépressif d'évolution favorable sous traitement, actuellement stoppé. Le Dr B\_\_\_\_\_ indique que selon les médecins psychiatres des HUG, la patiente s'est opposée pour l'instant à la reprise d'un traitement médicamenteux. Au vu d'un bénéfice potentiel sur la douleur, ils ont introduit un traitement de Surmontil.
5. Dans un rapport du 27 janvier 2003 adressé au médecin conseil de l'assureur perte de gain SWICA, organisation de santé, le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, a indiqué qu'il n'existe pas de limitations fonctionnelles ostéo-articulaires significatives, mais que les points de fibromyalgie sont positifs, surtout au niveau de la ceinture scapulo-humérale et des membres supérieurs. Il a signalé que la patiente a repris son activité professionnelle de femme de chambre d'hôtel à 100% le 13 janvier 2003. Dans un rapport ultérieur du 21 juillet 2003, le Dr C\_\_\_\_\_

a relevé que les cervicalgies et les lombalgies sont présentes depuis 2-3 ans avec une évolution fluctuante et en rapport avec de discrets troubles statiques et dégénératifs. Le diagnostic de fibromyalgie est confirmé et le pronostic reste réservé. L'incapacité de travail est toujours totale.

6. L'intéressée a déposé une demande de prestation auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) le 30 septembre 2003, visant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession ainsi qu'une rente.
7. Dans un rapport établi à l'attention de l'OCAI le 6 octobre 2003, le Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics de cervicalgies et lombalgies chroniques avec irradiation dans le membre inférieur droit et le membre supérieur droit, ainsi qu'un status anxio-dépressif. Le diabète de type II non insulino-requérant, l'hypertension artérielle et l'hyperlipidémie mixte sont sans influence sur la capacité de travail. La patiente est en arrêt de travail à 100% depuis le 3 octobre 2002, pour une durée indéterminée. S'agissant des capacités professionnelles, le médecin s'est référé à l'avis du Dr E\_\_\_\_\_, du Département de médecine physique et de rééducation des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).
8. Le Dr D\_\_\_\_\_ a adressé un rapport intermédiaire à l'attention de l'OCAI en date du 1<sup>er</sup> novembre 2004 dans lequel il indique que l'état de santé est stationnaire et que les douleurs chroniques ont empêché la patiente de reprendre son travail de femme de chambre.
9. Dans un rapport du 14 décembre 2004, le Dr E\_\_\_\_\_, chef de service du service de rééducation des HUG, a posé les diagnostics de fibromyalgie, cervicalgies et lombalgies. L'incapacité de travail est de 100% depuis octobre 2002, en tant que femme de chambre. L'état de santé est stationnaire, des mesures professionnelles se sont pas indiquées. La patiente présente les limitations fonctionnelles suivantes: elle doit éviter de garder la même position du corps pendant longtemps, la position à genou, l'inclinaison du buste, la position accroupie, l'utilisation des deux bras, de lever ou de porter des charges, se baisser, les mouvements des membres ou du dos répétitifs, l'horaire de travail irrégulier, un travail en hauteur ainsi que les déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Il ne s'est pas prononcé quant à la capacité de travail dans une activité adaptée.
10. La Dresse F\_\_\_\_\_, médecin interne aux HUG, consultation de psychiatrie de la Jonction, a établi un rapport à l'attention de l'OCAI en date du 25 avril 2006. Au titre des affections entraînant des répercussions sur la capacité de travail, elle a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.3) et une fibromyalgie. Elle indique que la patiente est en traitement depuis le 31 janvier 2006, qu'elle présente un trouble dépressif sévère avec MADRS à 32/60 avec des symptômes typiques tels que perte de l'espoir,

inhibition psychomotrice et incapacité à effectuer les activités quotidiennes impliquant une totale incapacité de travail actuelle. En raison de l'histoire longue de la maladie, de l'absence de réponse à un traitement malgré une bonne compliance thérapeutique objectivée par une prise de sang et l'aggravation des facteurs de stress ayant conduit à cet état dépressif, une amélioration dans les prochains mois semble plus qu'improbable. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, la Dresse F\_\_\_\_\_ relève que la patiente présente des symptômes tels que perte de l'espoir et de l'élan vital, aboulie avec impossibilité d'effectuer les activités quotidiennes, troubles du sommeil, syndrome des jambes sans repos et idéations suicidaires occasionnelles. Des événements de la vie adverse influencent légèrement l'affection actuelle. Les troubles psychiques entraînent une incapacité de travail de 100 %.

11. L'OCAI a ordonné une expertise psychiatrique et a mandaté le Dr G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 28 juillet 2006, l'expert a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.3), un syndrome somatoforme douloureux persistant de type fibromyalgie (F45.4), des cervicobrachialgies droites non déficitaires exacerbées et des lombosciatalgies droites chroniques. Ces diagnostics ont une répercussion sur la capacité de travail et ils sont présents depuis l'an 2000 pour l'atteinte psychique et 2002 pour les autres. Du point de vue psychique et mental, compte tenu de la persistance du tableau clinique malgré un traitement adéquat et correctement suivi, l'incapacité de travail est totale dans n'importe quelle activité, depuis octobre 2002. Selon l'expert, le retrait social est quasi-total, dû à l'aboulie et au ralentissement psychomoteur, et la patiente n'est pas capable de s'adapter à un environnement professionnel.
12. Dans un avis du 30 août 2006, le SMR Suisse romande, sous la plume du Dr H\_\_\_\_\_, a émis des doutes quant au caractère sévère du trouble dépressif sur la base des constatations objectives décrites par la Dresse F\_\_\_\_\_. Il a pour le surplus considéré que l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ n'est pas probante, car trop peu détaillée : l'expert a repris les diagnostics et les observations de la Dresse F\_\_\_\_\_ qui ne sont pas discutés ni examinés sous l'angle de la jurisprudence actuelle. Il a proposé un examen psychiatrique SMR afin de préciser les diagnostics réellement invalidants et la capacité de travail résiduelle.
13. L'intéressée a été examinée par le Dr I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le 15 novembre 2006. Dans son rapport, le psychiatre décrit l'anamnèse familiale, professionnelle, somatique, psychosociale et psychiatrique et procède à une appréciation des rapports psychiatriques des Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_. S'agissant de l'anamnèse récente, le médecin du SMR mentionne que la patiente présente un trouble du sommeil de gravité importante à sévère qui n'est pas traité lege artis. La polymédication est grotesque et probablement à l'origine de ce trouble du sommeil. Au status, il ne met pas en évidence de trouble de la pensée

formelle ni de ralentissement de la pensée. Il y a une fatigabilité mentale augmentée, le rendement mental et l'attention ont clairement diminué vers la fin de l'examen. Le comportement est démonstratif, non authentique, les plaintes sont floues, imprécises et ne parviennent pas à évoquer de la compassion chez l'examineur. Il a diagnostiqué une fibromyalgie, des effets indésirables du traitement médicamenteux et des insomnies non organiques, sans répercussion sur la capacité de travail. Dans l'appréciation du cas, le médecin du SMR indique qu'il ne relève pas de comorbidité psychiatrique importante par sa gravité et que les limitations fonctionnelles neurologiques sous forme d'effets indésirables d'un traitement inapproprié disparaîtront après amélioration du traitement. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, l'assurée voyage une fois par année au Portugal, allongée sur la couchette de la caravane d'une amie, elle passe souvent la journée chez sa marraine et des amis viennent la visiter à la maison, lui apportent souvent des "choses" et ainsi elle ne doit pas faire souvent des courses. L'assurée ne présente pas de limitation fonctionnelle. En conséquence, le Dr I\_\_\_\_\_ conclut à une capacité de travail totale, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

14. Le 9 février 2007, l'OCAI a fait parvenir à l'assurée un projet de refus de prestations, que celle-ci a contesté par courrier du 12 février 2007.
15. Dans un rapport du 22 février 2007 à l'attention de l'OCAI, les Drs J\_\_\_\_\_, chef de clinique, et K\_\_\_\_\_, médecin interne, du Département de psychiatrie, programme Dépression, mentionnent que la patiente est suivie depuis le 31 janvier 2006 au programme dépression pour un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F32.2) et un syndrome somatoforme persistant qui aggrave et complique sa prise en charge, rendant ainsi nulle sa capacité de travail. Sur le plan social, la patiente se trouve dans une précarité extrême, après avoir été abandonnée par sa fille et son mari contraints de quitter la Suisse pour échapper aux difficultés socio-économiques intenable du couple. Cette situation socio-affective constitue un facteur de résistance supplémentaire au traitement en cours. La patiente a bénéficié sans succès de différentes combinaisons de traitements psychotropes, les activités de mobilisation n'ont pas été concluantes et au vu de l'évolution clinique actuelle, une récupération prochaine, voire partielle de sa capacité de travail semble peu probable. D'autre part, l'alternative d'un recours aux services d'orientation professionnelle de l'assurance-chômage leur paraît inapproprié au regard de son état clinique.
16. Par courrier du 22 février 2007 adressé à l'OCAI, le Dr E\_\_\_\_\_ fait part de sa surprise quant au fait que l'assurée ne présenterait pas d'atteinte à la santé au sens de l'AI, tant sur le plan physique que psychique. Il relève que l'assurée est suivie par une psychiatre et que sur le plan somatique, elle présente de nombreuses douleurs qui empêchent toute activité. Elle avait été testée dans l'atelier préprofessionnel de Beau-Séjour, mais devant l'importance de ses douleurs multiples, il a été impossible

de faire un bilan. Afin de se mettre d'accord sur l'incapacité de travail évidente, le Dr E\_\_\_\_\_ proposait de la tester dans un COPAI.

17. Le SMR Suisse romande, dans son avis du 2 avril 2007, s'est référé aux conclusions du rapport d'examen SMR.
18. Par décision du 23 avril 2007, l'OCAI a refusé toutes prestations à l'assurée, au motif qu'elle ne présente pas de comorbidité psychiatrique sévère, de sorte qu'en accord avec la jurisprudence constante en la matière, la fibromyalgie ne saurait en aucun cas justifier une incapacité de travail au sens de la loi.
19. L'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, interjette recours le 23 mai 2007. Elle conteste la prétendue inexistence d'une comorbidité sévère évoquée par le SMR, dès lors que celle-ci a été clairement mise en évidence tant par les médecins des HUG, programme Dépression, que par l'expert mandaté par l'OCAI, le Dr G\_\_\_\_\_. Elle conclut à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
20. Dans sa réponse du 26 juin 2007, l'OCAI relève que les arguments avancés par la recourante ne permettent pas de mener à une appréciation différente du cas et conclut au rejet du recours.
21. Dans ses observations complémentaires du 20 juillet 2007, la recourante persiste dans ses conclusions, relevant que l'avis du SMR est isolé et contraire à celui de l'expert et des différents spécialistes en psychiatrie. Le 12 septembre 2007, le mandataire de la recourante a communiqué au Tribunal un certificat de la Clinique genevoise de Montana, attestant d'un séjour du 20 août au 3 septembre 2007.
22. Une audience de comparution personnelle des parties et d'enquêtes a été fixée le 31 octobre 2007. Le Tribunal a entendu le Dr K\_\_\_\_\_, médecin psychiatre, de la Consultation de la Jonction. Le témoin a expliqué que la patiente avait été adressée à la consultation le 31 janvier 2006 en raison d'une dépression sévère diagnostiquée par son médecin traitant, le Dr D\_\_\_\_\_. Cette dépression est survenue dans un contexte socio-familial difficile, suite au départ définitif de son mari pour le Portugal. Cet abandon a aggravé son état psychique. La patiente a été suivie par le Dresse F\_\_\_\_\_, qui a posé le diagnostic de dépression sévère au regard de la classification internationale CIM-10. Pour évaluer le degré de gravité de la dépression, le programme dépression utilise l'échelle d'évaluation américaine MADRS qui est une échelle détaillée et très ciblée sur les aspects significatifs de la dépression. La check-list a montré 32 points sur 60, ce qui correspond à une dépression sévère. Le Dr K\_\_\_\_\_ a précisé qu'il existe une autre échelle, l'échelle HAMILTON, utilisée en urgence, mais qui est moins adaptée. Il a indiqué que la CIM-10 ne préconise pas l'utilisation d'une échelle plutôt qu'une autre, mais elle donne simplement des directives. La dernière échelle MADRS pratiquée par lui le 27 octobre 2007 a démontré un score de 33 points. Dans le cadre du traitement

spécifique pour la dépression, un nouveau médicament a été introduit fin mai 2007, ce qui a permis de diminuer les effets secondaires, mais sans grande amélioration sur le plan psychique. Il ne pouvait pas affirmer que la fibromyalgie est la cause de la dépression. A la fin de l'année 2006, la médication a été augmentée, le dosage étant insuffisant, malgré une bonne compliance. Au vu du dossier, de l'analyse des facteurs psychologique et des éléments cliniques, il maintient le diagnostic de dépression sévère posé par sa collègue entraînant une incapacité de travail totale. Il a précisé que la patiente avait de la peine à s'occuper de sa dernière enfant, âgée de trois ans, qu'elle ne parvient pas à faire le ménage et qu'elle est assez isolée sur le plan social. Les activités de mobilisation entreprises par le programme dépression, notamment de s'investir dans l'éducation de sa fille ainsi que dans les tâches ménagères n'ont pas été concluantes. On ne peut pas exiger de la patiente qu'elle fasse un effort pour surmonter ses douleurs. Concernant la médication, le Dr K\_\_\_\_\_ s'est déclaré étonné par la remarque du médecin du SMR : il a relevé qu'en matière de psychiatrie, les HUG ont une réputation mondiale et que la prescription médicamenteuse est faite dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée avec le médecin traitant. Une oxymétrie ambulatoire a été pratiquée à la consultation du sommeil et le neurologue a préconisé du Rivotril, afin d'améliorer le sommeil. Il a précisé que le responsable du programme dépression des HUG est au bénéfice d'une formation en psychopharmacologie. Le Dr K\_\_\_\_\_ a déposé un extrait du dossier de la patiente, comportant notamment les tests psychométriques selon l'échelle MADRS.

Le Tribunal a procédé à l'audition de l'expert psychiatre. Le Dr G\_\_\_\_\_ a confirmé en tous points son rapport d'expertise et expliqué qu'il avait posé son diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sur la base du tableau clinique présenté par la patiente lors des examens, ainsi que du test psychométrique MADRS qui a révélé un score de 34 sur 60. Il a indiqué qu'il avait eu connaissance de l'entier du dossier de l'assurée, notamment des rapports médicaux des HUG, dont il partageait entièrement les observations. La médication administrée en 2006 par les médecins des HUG était tout à fait adéquate, la compliance était bonne, bien que les effets ne fussent pas optimaux. De son point de vue, sur le plan psychique, l'incapacité de travail est totale dans une activité lucrative quelle qu'elle soit. L'état de santé a également une très forte inhibition quant à la capacité d'accomplir les tâches ménagères. A la demande du Tribunal, l'expert a communiqué le test pratiqué le 11 mai 2006 selon l'échelle MADRS.

23. Le Tribunal a ordonné l'audition du Dr I\_\_\_\_\_, médecin psychiatre du SMR, en date du 28 novembre 2007. A l'audience, le médecin a confirmé avoir examiné l'assurée à une reprise, le 15 novembre 2006. Il a expliqué qu'à l'examen clinique, il n'a pas mis en évidence les trois critères de base lui permettant de poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère, selon les critères diagnostiques de la CIM-10, notamment pas de ralentissement de la pensée ni d'humeur dépressive présente toute la journée pendant au moins deux semaines. Il a

confirmé qu'il n'avait pas utilisé d'échelle, car il utilise la CIM-10 pour poser le diagnostic clinique : la gradation de la dépression est également un diagnostic clinique pour lequel il se fonde sur les critères de recherche de la CIM-10. Selon ce médecin, l'échelle MADRS ne peut pas être utilisée pour poser le diagnostic de la dépression majeure, mais uniquement pour la gradation de la sévérité de la dépression majeure. Il n'excluait pas qu'avant ou après lui un examinateur ait pu trouver d'autres critères de base pour le diagnostic. Il ne savait pas exactement comment les médecins psychiatres ont posé le diagnostic de dépression, mais il a vu que dans son rapport du 25 avril 2006, la Dresse F\_\_\_\_\_ a effectué la gradation du trouble dépressif récurrent selon l'échelle MADRS qui ne coïncide pas avec celle de la CIM-10. Il a affirmé qu'il n'avait pas remis en question le diagnostic posé par le Dresse F\_\_\_\_\_, qu'il n'en avait pas discuté avec elle, mais qu'on lui avait demandé d'analyser les rapports des autres confrères, ce qu'il avait fait. Il a constaté par ailleurs que la patiente prenait dix-sept médicaments et considéré que c'était grotesque, car c'était trop. Interrogé sur les interactions éventuelles des médicaments en question, le Dr I\_\_\_\_\_ a déclaré ne pas pouvoir répondre, car il ne les avait pas analysés. Il a reconnu que l'assurée était très fatiguée le jour de l'entretien, surtout à la fin, et qu'elle n'aurait pas pu travailler ce jour-là. De son point de vue, cette grande fatigue était due à la sur-médication. Bien qu'un seul entretien ne soit pas toujours suffisant pour poser un diagnostic clinique scientifiquement satisfaisant, le psychiatre a affirmé que le cas de l'assurée n'était pas douteux.

24. L'OCAI a déposé ses conclusions après enquêtes le 16 janvier 2008, après avoir soumis le dossier au SMR. La Dresse L\_\_\_\_\_, médecin conseil du SMR, spécialiste en assurances sociales avec brevet fédéral, conclut que le diagnostic et les déclarations du Dr K\_\_\_\_\_ doivent être nuancés, car les données subjectives reconnues dans l'échelle MADRS ne peuvent pas être retenues comme seul élément pour poser le diagnostic de dépression sévère qui n'existe pas dans la CIM-10, mais doivent être corrélées à l'anamnèse et au status. Le suivi psychiatrique à raison d'une consultation tous les quinze jours n'est pas du tout adapté à un trouble dépressif d'intensité sévère et, de plus, l'assurée n'a pas été hospitalisée en milieu psychiatrique. Quant à l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_, elle ne revêt pas de valeur probante, car ce dernier ne s'est fondé que sur les plaintes de l'assurée et a repris les diagnostics de la Dresse F\_\_\_\_\_, sans la moindre critique. D'autre part, l'expert n'a pas pris le temps de lire le dossier clinique, puisqu'il ne fait état que de deux médicaments alors que le dossier médical fait état d'une liste impressionnante de médicaments. Le SMR considère que le rapport détaillé du Dr I\_\_\_\_\_, qui repose sur un examen complet et l'étude de l'ensemble du dossier, a pleine valeur probante. L'OCAI conclut au rejet du recours.
25. Dans ses conclusions après enquêtes du 25 janvier 2008, la recourante fait valoir que la thèse défendue par le médecin du SMR ne saurait être valablement privilégiée par rapport à l'appréciation dûment formulée par d'autres médecins

spécialisés en psychiatrie et notamment l'expert, qui se sont exprimés de façon concordante. Elle soutient que le rapport du Dr I\_\_\_\_\_ n'a pas de valeur probante, qu'il a été établi sur la base d'un examen superficiel du dossier et que ses conclusions quant à la polymédication ont été avancées sans même qu'il ait analysé les prescriptions. Pour la recourante, les conclusions de l'expert et des HUG, confirmées par les explications détaillées et convaincantes du Dr K\_\_\_\_\_ lors de son audition, doivent l'emporter. Elle produit divers rapports des Dr D\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_ et de l'atelier de Beau-Séjour, dont le contenu sera repris, en tant que de besoin, dans la partie en droit ci-après.

26. Ces écritures ont été communiquées aux parties le 30 janvier 2008.
27. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **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'art. 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, une partie des faits se sont produits avant l'entrée en vigueur de la LPGA. Etant donné cependant que le droit éventuel à une rente prend naissance après le 1<sup>er</sup> janvier 2003, le cas d'espèce sera examiné à la lumière des dispositions matérielles et de procédure de la LPGA.

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement sur son degré d'invalidité.
5. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels.

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 être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. 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 (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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, de la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

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 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 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 légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. En outre, dans un arrêt récent (ATFA non publié du 8 février 2006, I 336/04, prévu pour la publication dans le Recueil officiel), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50).

Au nombre des critères dégagés par jurisprudence permettant de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration

sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). En outre, il est admis que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (cf. notamment ATFA non publié du 28 juin 2005, I 524/04).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir 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/C\_\_\_\_\_T [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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 sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGa). Toutefois, si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a).

Enfin, s'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

8. En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante souffre de cervicalgies et lombalgies chroniques et que le diagnostic de fibromyalgie a été évoqué par les Drs B\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_, et E\_\_\_\_\_. En raison de ces troubles, la recourante présente des limitations fonctionnelles, en ce sens qu'elle doit éviter la position statique, à genou, accroupie, l'inclinaison du buste, de lever ou de porter des charges, les mouvements des membres ou du dos répétitifs, les horaires de travail irréguliers ainsi que les déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Elle présente en outre un état anxio-dépressif depuis 2001. Selon le médecin traitant, l'incapacité de travail est de 100 % depuis le 3 octobre 2002, dans l'activité de femme de chambre, appréciation partagée par les Drs C\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_.

Sur le plan psychiatrique, la Dresse F\_\_\_\_\_ a diagnostiqué en janvier 2006 un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, qui entraîne une incapacité de travail de 100 %.

L'intimé a ordonné une expertise psychiatrique de la recourante, qu'il a confiée au Dr G\_\_\_\_\_. Dans son rapport, l'expert retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, un syndrome somatoforme douloureux persistant de type fibromyalgie, des cervicobrachialgies droites non déficitaires et des lombosciatalgies droites. L'expert

expose que le retrait social est quasi-total, dû à l'aboulie et au ralentissement psychomoteur, la patiente n'étant au demeurant pas capable de s'adapter à un environnement professionnel. Du point de vue psychique et mental, compte tenu de la persistance du tableau clinique malgré un traitement adéquat et correctement suivi, l'incapacité de travail est totale dans n'importe quelle activité, depuis octobre 2002.

Le SMR Suisse romande, sous la plume du Dr H\_\_\_\_\_, a émis un doute quant au caractère sévère du trouble dépressif, en se basant sur les constatations objectives décrites dans le rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_, et considéré que l'expertise psychiatrique n'était pas probante. Selon le SMR, l'expertise est très peu détaillée, l'expert reprend les diagnostics et les observations de la Dresse F\_\_\_\_\_, sans aucune analyse critique. De plus, les diagnostics ne sont pas discutés ni examinés sous l'angle de la jurisprudence actuelle. Pour ces raisons, le SMR a proposé un examen psychiatrique SMR, qui a été effectué par le Dr I\_\_\_\_\_. Ce dernier, après une analyse et critique des rapports de la Dresse F\_\_\_\_\_ et de l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_, considère que la recourante souffre en réalité d'un trouble du sommeil de gravité importante à sévère, qui n'est pas traité lege artis. Ce trouble serait dû à une polymédication grotesque. Il conteste le diagnostic retenu par l'expert et la Dresse F\_\_\_\_\_, au motif que le test psychométrique MADRS utilisé pour la gradation du trouble dépressif ne coïncide pas avec la CIM-10. Le Dr I\_\_\_\_\_ ne retient aucun diagnostic psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail, qui est de 100 % dans toute activité lucrative. L'intimé considère que le rapport du Dr I\_\_\_\_\_ revêt pleine valeur probante.

La recourante conteste l'appréciation faite par le médecin psychiatre du SMR, qui est en totale contradiction avec celle émise par l'expert et les médecins psychiatres des HUG qui la suivent depuis fin janvier 2006, dans le cadre du "programme Dépression". Elle se réfère aux rapports des Drs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, des HUG, et du Dr E\_\_\_\_\_, adressés à l'OCAI après la notification du projet de refus de prestations.

9. Le Tribunal de céans constate que le SMR reproche en premier lieu à l'expert d'avoir repris le diagnostic retenu par la Dresse F\_\_\_\_\_, sans aucune analyse critique, et de n'avoir pas discuté les diagnostics sous l'angle de la jurisprudence actuelle.

Ce grief est mal fondé. En effet, d'une part, l'expert n'a pas purement et simplement repris le diagnostic retenu par les HUG, mais il l'a posé sur la base de son examen clinique, d'autre part, il n'appartient pas à l'expert psychiatre de discuter d'un diagnostic au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral. La tâche de l'expert psychiatre consiste en effet à examiner l'assurée, à poser un diagnostic précis au regard de la CIM-10, à se prononcer sur la sévérité du trouble psychique et de

déterminer quelles en sont les conséquences sur la capacité de travail du point de vue médical.

Le SMR dénie enfin toute valeur probante à l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_, au motif qu'elle est très peu détaillée, raison pour laquelle il a préconisé un examen psychiatrique au SMR, et se réfère au rapport du Dr I\_\_\_\_\_.

A cet égard, le Tribunal de céans relève préalablement que si l'intimé entendait s'écarter de l'expertise psychiatrique qu'il avait ordonnée pour le motif qu'elle n'a pas valeur probante, il aurait dû mettre en oeuvre une nouvelle expertise et non un examen SMR. S'agissant du rapport d'examen SMR, le Tribunal constate que le Dr I\_\_\_\_\_ remet en cause le diagnostic retenu par les Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, en se livrant à une critique de la méthodologie adoptée par ses confrères pour qualifier le trouble dépressif de sévère, alléguant que l'échelle utilisée (MADRS) ne correspond pas à la gradation de la CIM-10. Devant le Tribunal, le Dr I\_\_\_\_\_ a indiqué que le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère, doit être posé au regard des critères diagnostics pour la recherche de la CIM-10 et que l'échelle MADRS ne peut pas être utilisée pour poser le diagnostic de la dépression majeure. Il a déclaré toutefois qu'il ne remettait pas en cause le diagnostic de la Dresse F\_\_\_\_\_, car il ne savait pas comment elle l'avait posé et il n'en avait pas discuté avec elle. Il a admis qu'il était tout à fait possible qu'un examinateur ait pu, avant lui ou après lui, retrouver d'autres critères de base pour le diagnostic. S'agissant par ailleurs des critiques quant à la polymédication qu'il a jugée grotesque, le Dr I\_\_\_\_\_ n'a pas été en mesure d'indiquer au Tribunal quelles interactions négatives les médicaments incriminés pouvaient engendrer, parce qu'il ne les avait pas analysés.

Contrairement à l'avis de l'intimé, le Tribunal de céans considère que rien ne permet de dénier toute valeur probante au rapport d'expertise du Dr G\_\_\_\_\_. En effet, l'expert a procédé à un examen clinique, son rapport comporte une anamnèse professionnelle et sociale, il décrit l'évolution de la maladie ainsi que le résultat des thérapies et il a pris en compte les plaintes et données subjectives de l'assurée. Ses conclusions sont claires. En outre, entendu par le Tribunal, l'expert a précisé qu'il avait eu connaissance de l'entier du dossier, qu'il avait posé son diagnostic sur la base de l'examen clinique et du test psychométrique, soit l'échelle MADRS, qu'il a déposé à la procédure et qui a révélé un score de 34 points correspondant à une dépression sévère. Quant à la médication, il a déclaré qu'elle était adéquate, bien que les effets n'étaient pas optimaux, malgré une bonne compliance de la part de la patiente. Il partageait entièrement les observations faites par la Dresse F\_\_\_\_\_ et a également retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère.

D'autre part, dans le cadre des enquêtes, le Tribunal de céans en entendu le Dr K\_\_\_\_\_, médecin interne du Département de psychiatrie, programme

Dépression. Ce médecin a expliqué que le diagnostic de dépression sévère a été posé par la Dresse F\_\_\_\_\_ en janvier 2006 au regard de la classification internationale CIM-10. La sévérité de la dépression a été évaluée selon l'échelle américaine MADRS, utilisée par le programme dépression, qui a montré un score de 32 points sur 60, ce qui correspond à une dépression sévère. Le témoin a précisé que la CIM-10 ne préconise pas l'utilisation d'une échelle plutôt qu'une autre, mais qu'elle donne simplement des directives. La dernière évaluation psychométrique du 27 octobre 2007 avait montré un score de 33 points. Il a exposé que la patiente ne parvenait plus à s'occuper de son plus jeune enfant, ni à faire son ménage et qu'elle était assez isolée sur le plan social. Les activités de mobilisation entreprises par le programme dépression pour inciter la patiente à s'investir dans l'éducation de sa fille et à accomplir ses tâches ménagères afin de lui permettre de retrouver le plaisir de vivre n'ont pas été concluantes. De plus, le changement de médication introduit fin mai 2007 n'a pas eu d'amélioration sur le plan psychique, malgré une bonne compliance. S'agissant de la médication, le psychiatre s'est étonné de la remarque du SMR; il a déclaré que la prescription médicamenteuse est effectuée dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire et en coordination avec le médecin traitant. De plus, un examen spécialisé a été pratiqué à la consultation du sommeil et le neurologue a prescrit du Rivotril, afin d'améliorer le sommeil. Le Dr K\_\_\_\_\_ a tenu à préciser que le médecin responsable du programme Dépression est au bénéfice d'une formation en psycho-pharmacologie.

Au vu du dossier et après audition des témoins, le Tribunal de céans considère que l'avis isolé du SMR n'est pas de nature à remettre en cause le diagnostic retenu par l'expert psychiatre et les médecins spécialistes en psychiatrie qui suivent la recourante depuis plus d'une année. Tant l'expert que les médecins des HUG ont en effet expliqué de façon convaincante de quelle façon ils sont parvenus à poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère, et les répercussions qu'il entraîne sur la capacité de travail, malgré une médication adéquate et une bonne compliance objectivée par les examens de laboratoire. Il y a lieu d'observer que l'état dépressif léger relevé dès 2001 n'a pas empêché la recourante de travailler encore quelque temps. En revanche, cet état dépressif s'est aggravé au fil du temps, à tel point qu'à partir du mois d'octobre 2002, la recourante n'a plus été en mesure de travailler.

En conséquence, force est d'admettre que la recourante souffre d'une comorbidité psychiatrique grave par sa durée et son acuité, entraînant une incapacité de travail totale depuis octobre 2002. Partant, le droit à une rente entière d'invalidité est ouvert dès le mois d'octobre 2003 (art. 29 al. 1 let. b LAI).

10. Bien fondé, le recours est admis.

11. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'espèce à 2'500 fr. (art. 89H al. 3 LPA; art. 61 let. g LPGA).
12. Vu l'issue du recours, un émolument de 1'000 fr. est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

**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'OCAI du 23 avril 2007.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le mois d'octobre 2003.
5. Condamne l'OCAI à payer à la recourante la somme de 2'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de 1000 fr. à la charge de l'OCAI.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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