

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2026/2008

ATAS/955/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 8

du 16 septembre 2010

En la cause

Madame C _____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître MARSANO Jean-Luc

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

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

EN FAIT

1. Madame C _____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1960 à Genève, divorcée depuis le 27 janvier 2006, n'a pas de formation professionnelle achevée, mais a toutefois travaillé durant toute sa vie dans le domaine du secrétariat.
2. Durant son enfance, l'assurée a été victime de violences de la part de son père et durant sa jeunesse, elle a également subi deux viols. En 1992, l'assurée a été victime d'une agression alors qu'elle en voyage au Pérou.
3. A 18 ans, l'assurée a subi un premier épisode de dépression et souffre, depuis 2003, également d'une fatigabilité extrême qui la handicape tous les jours.
4. Le 24 mars 2000, le Dr. L _____, neurologue, a diagnostiqué chez l'assurée un syndrome cervical et radiculaire essentiellement algique gauche, d'un niveau vraisemblablement C6.
5. Le 25 juin 2003, l'assurée a été hospitalisée d'urgence aux HUG en raison d'une atteinte des fonctions vestibulaires.
6. Après un voyage à l'étranger, l'assurée est revenue à Genève en 1993 et a entrepris, par la suite, une formation en qualité d'apprentie-marquinière à Carouge. Toutefois, elle n'est pas allée au terme de sa formation.
7. L'assurée a travaillé de janvier 2006 à mars 2007 auprès de l'association, Groupe Sida Genève.
8. Depuis 1997, l'assurée est suivie par plusieurs médecins psychiatres, à savoir la Dresse M _____, le Dr. N _____, la Dresse O _____, le Dr. P _____, la Dresse Q _____, et enfin le Dr. R _____.
9. Le 16 mars 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Assurance-invalidité.
10. Le 25 avril 2007, le Dr. S. S _____, neuro-psychiatre, a expliqué que Madame C _____ présentait, pendant le sommeil, des mouvements périodiques. Il précise encore « comme autre pathologie la patiente présente une fatigabilité durant la journée, cette fatigue est à mettre sur le compte d'un probable état dépressif. »
11. Le 16 mai 2007, le Dr. P _____, psychiatre, et Madame D _____, psychologue, ont diagnostiqué chez l'assurée un trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques et une personnalité anxieuse.

12. Le 6 novembre 2007, le Dr. T_____, médecin-généraliste, relève les diagnostics suivants : état dépressif chronique épisode moyen à sévère, (état anxieux chronique), personnalité anxieuse. Le Dr T_____ confirme, à cette occasion, une incapacité de travail à 100 %, un état de santé de l'assurée stationnaire et un pronostic très réservé.
13. Dans un complément de rapport médical du 28 novembre 2007 adressé au SMR, le Dr. P_____ et Madame D_____ précisent au sujet du pronostic concernant la capacité de travail : « En se référant à sa dernière expérience professionnelle (à savoir une contre-prestation à 50 % durant 18 mois) nous ne pouvons qu'avoir un pronostic défavorable quant à sa capacité de travail. En effet cette expérience n'a pas apporté une amélioration de l'état dépressif de Madame C_____ mais au contraire une aggravation de son état d'anxiété et de fatigue. Alors que le cadre de travail était favorable (petite équipe) et qu'il n'y avait aucune attente de rendement vis-à-vis des tâches qui lui étaient proposées à Madame. Ce cadre « favorable » n'a pourtant pas permis à Madame de progresser dans ses difficultés ».
14. Le 14 janvier 2008, l'assurée a subi un examen psychiatrique qui a fait l'objet d'un rapport de la Dresse U_____ et de la Dresse V_____, médecins du Service médical régional AI (ci-après le SMR), en date du 28 janvier 2008.
15. Les médecins du SMR ont posé les diagnostics suivants : avec répercussion sur la capacité de travail : aucun ; sans répercussion sur la capacité de travail : personnalité émotionnelle labile type borderline avec des traits anxieux non décompensés et anxiété généralisée d'intensité légère. Ils précisent encore que « sur le plan psychiatrique, nous n'avons pas objectivé de dépression majeure, de décompensation psychotique, de trouble phobique, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation sévère de l'environnement psychosocial, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques invalidantes. »
16. Le SMR considère donc que l'assurée serait capable de travailler à 100 % et qu'elle n'aurait aucune incapacité de travail. Le SMR précise que le diagnostic de trouble dépressif récurrent n'a pas été retenu car la présence de plusieurs épisodes dépressifs n'a pas été objectivée.
17. En conclusion, les médecins examinateurs du SMR relèvent que, sur le plan psychiatrique, l'assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique invalidante et que la capacité de travail exigible est de 100 % dans toute activité.
18. Sur la base des conclusions du SMR, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a élaboré un projet de décision et l'a notifié à l'assurée, le 8 février 2008.

19. L'assurée a contesté de façon très détaillée le projet de décision de l'OAI en insistant en particulier sur son état dépressif récurrent et un état de fatigabilité extrême.
20. Sur la base de ces éléments, l'OAI a décidé de procéder à un nouvel examen clinique psychiatrique et a confié le mandat au Dr. W_____, psychiatre, médecin-examineur du SMR.
21. Suite à l'examen du 17 avril 2008, le Dr. W_____ a établi un rapport en date du 21 avril 2008. Le Dr. W_____ confirme, à cette occasion, les diagnostics posés à la suite de l'examen du 14 janvier 2008, à savoir : avec répercussion sur la capacité de travail : aucun diagnostic sur le plan psychiatrique ; sans répercussion sur la capacité de travail : personnalité émotionnelle labile type borderline avec traits anxieux non décompensés et troubles anxieux sans précision.
22. Le Dr. W_____ relève notamment : « Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signes de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée invalidante, de troubles de la personnalité morbides décompensés, de syndrome douloureux somatoforme persistant. Nous pouvons avancer que l'examen SMR du 17 avril 2008 est superposable à celui du 14 janvier 2008. Nous pouvons donc conclure que l'examen clinique SMR ne met pas en évidence de maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée ». Concernant la capacité de travail exigible, le Dr. W_____ conclut que, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible est de 100 % dans toute activité, et ceci depuis toujours.
23. En date du 9 mai 2008, l'OAI, relevant que le nouvel examen psychiatrique ne mettait pas en évidence de maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée, confirme la décision du rejet de la demande.
24. En date 6 juin 2008, la recourante a recouru contre la décision de l'OAI en concluant préalablement à l'ordonnance d'une expertise pluridisciplinaire sur la personne de Madame C_____ et principalement à l'annulation de la décision du 9 mai de l'OAI et au constat du fait que Madame C_____ est invalide à 100% et qu'elle a droit à une rente pleine et entière depuis le 1^{er} janvier 2003, avec suite de dépens. Subsidièrement, la recourante demandait des mesures de réadaptation professionnelles adéquates.
25. Par certificat médical du 20 juin 2008, le Dr. T_____ fait mention notamment d'un syndrome des jambes sans repos et certifie que la recourante présente une incapacité de travail de 100 % depuis le 1^{er} septembre 2007 et précise encore qu'il ne pense pas que cette capacité de travail s'améliore dans les mois à venir.

26. Le 15 août 2008, le Dr P_____ et Madame D_____ relèvent « Malgré les traitements médicamenteux et psychothérapeutiques, les troubles psychiques existants sont une source réelle de souffrance et posent un vrai problème d'insertion sociale et professionnelle. Nous restons donc dubitatif quand à sa capacité de pouvoir reprendre un travail même adapté et à temps très partiel, puisque les expériences faites n'ont pas apporté ce que l'on aurait pu espérer. Par conséquent nous estimons que Madame C_____ a une incapacité de travail à 100 %. »
27. Interpellé par le Tribunal de céans, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision du 9 mai 2008.
28. Par certificat médical du 15 septembre 2008, le Dr T_____ confirme que la recourante demeure actuellement en incapacité de travail à 100 %, et ceci pour une durée indéterminée.
29. Entendue en comparution personnelle, en date du 18 septembre 2008, la recourante a confirmé les conclusions de son recours, en précisant qu'elle se sentait tout à fait incapable de reprendre une activité, même partielle, ceci parce qu'elle se sent très fatiguée, même pour les activités quotidiennes. Enfin, à cette occasion, la recourante relève un profond manque de concentration, une impression d'agir à faux en permanence (symptôme de la dépression), et ceci en raison d'une grande fatigabilité due au sommeil qui n'est pas réparateur. Pour sa part, l'intimé a, à cette occasion, précisé que l'OAI s'était limité à une expertise psychiatrique, et non pluridisciplinaire, en raison des informations obtenues par le SMR, aussi bien des HUG que du Dr. T_____, au sujet du syndrome des jambes sans repos. A l'issue de cette audience le Tribunal de céans a ordonné l'audition du Dr. T_____, médecin généraliste et le Dr. R_____, psychiatre, médecins traitants de la recourante. Pour sa part, considérant que leur audition ne se justifiait pas, l'OAI s'est opposé à l'audition par le Tribunal des médecins du SMR qui ont effectués les examens psychiatriques des 14 janvier et 17 avril 2008.
30. Entendu en audience d'enquêtes du 17 octobre 2008, le Dr. T_____, médecin généraliste, relève en particulier « sur question de l'OCAI, actuellement les trois diagnostics (jambes sans repos, dépression et stress post-traumatique) sont d'actualité. Au sujet de l'évolution, l'état de Mme C_____ est stationnaire : elle est toujours en incapacité totale de travail. »
31. Entendu également en audience d'enquêtes du 17 octobre 2008, le Dr. R_____, psychiatre, relève que « il y a une corrélation entre le syndrome des jambes sans repos, d'une part, et l'anxiété et dépression, d'autre part. Le fait que Mme C_____ ne dorme pas normalement depuis de longues années en raison du syndrome des jambes sans repos amplifie grandement sa dépression et son anxiété et cela a un impact sur la capacité de travail en raison de la fatigabilité.

En termes de fonctionnalité, l'état de dépression moyenne peut devenir sévère en raison du syndrome des jambes sans repos. »

32. A l'issue de cette audience, le SMR s'est prononcé sur le contenu de ces auditions ainsi que sur les pièces complémentaires produites par la recourante au sujet du syndrome des jambes sans repos.

En effet, par courrier du 10 novembre 2008, l'OAI a transmis au Tribunal de céans un rapport du SMR qui précise notamment : « il est indéniable que les mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil sont responsables d'une désorganisation et d'une fragmentation du sommeil, comme le relèvent les nombreuses publications sur le sujet, dont celles annexées dans ces documents. En revanche, il y est bien précisé : « les mouvements périodiques au cours du sommeil... Entraînent un sommeil de qualité insuffisante, et donc parfois une somnolence au cours de la journée ». C'est précisément le test de maintien de l'éveil qui permet d'objectiver les conséquences éventuelles de cette pathologie au cours de la journée, qui se manifesteraient alors par une somnolence. Ce test, pratiqué chez l'assurée, a permis d'exclure une hypersomnolence pathologique. On ne peut donc pas imputer à ces mouvements périodiques des jambes, ni à ces troubles du sommeil, une somnolence diurne responsable d'une diminution de la capacité de travail.

Quant à la fatigue et à la fatigabilité, il s'agit-là de symptômes qui ne justifient pas en eux-mêmes une incapacité de travail de longue durée, s'ils ne sont pas corrélés avec une cohorte de symptômes faisant partie d'une entité clinique, et ne revêtent pas une sévérité particulière. Ces points ont été discutés dans les deux examens SMR psychiatriques. »

33. Commentant les témoignages des médecins traitants, l'OAI relève d'une part que le Dr. T_____ atteste toujours une incapacité de travail totale et l'attribue aux trois diagnostics de syndrome des jambes sans repos, dépression et stress post-traumatique et d'autre part que le Dr. R_____ ne confirme pas le diagnostic d'état de stress post-traumatique.
34. Si le syndrome des jambes lourdes a été évoqué, comme le relève l'OAI dans sa réponse au recours du 7 juillet 2008, ce syndrome n'a, en revanche, pas fait l'objet d'investigations particulières sur ses répercussions sur la capacité de travail de la recourante.
35. En raison des doutes émis par la recourante sur la valeur probante des conclusions des rapports du SMR et des explications du Dr. R_____, le Tribunal de céans a ordonné une expertise pluridisciplinaire et a désigné, à cet effet, le Professeur A_____, médecin adjoint agrégé au Service de neurologie des HUG, et le Dr. B_____, médecin adjoint, psychiatrie et psychothérapie FMH aux HUG.

36. Dans son rapport du 21 octobre 2009, le Prof. A_____ qui a reçu la recourante à une consultation, pose les diagnostics avec influence sur la capacité de travail, sur le plan neurologique :

- Syndrome des jambes sans repos d'intensité moyenne (20/40 de degré de sévérité).
- Discrets troubles cérébelleux statiques d'origine indéterminée.
- Myalgies à l'effort.
- Possible déconditionnement physique.

Au sujet de l'appréciation du cas, le Prof. A_____ précise « Le syndrome des jambes sans repos est actuellement présent chez Mme C_____, comme déjà décrit, et possiblement en partie en rapport avec sa fatigue, mais ne semble pas la réveiller, donc l'impact sur sa capacité de travail ne paraît pas majeur et ne dépassera pas à mon avis les 40% ».

A la question de savoir si les troubles physiques, en particulier le syndrome des jambes sans repos et psychiques diagnostiqués constituent des atteintes invalidantes, le Prof. A_____ relève : son tableau est léger à modéré avec des fonctions cognitives qui sont encore dans les limites de la norme aux tests spécifiques (mais qui certainement légèrement diminués par rapport à sa situation antérieure). Ce tableau peut donc participer à une atteinte invalidante, bien qu'il y ait d'autres personnes avec des troubles de cette amplitude qui ne sont pas invalidés. »

Au sujet des limitations dues à l'atteinte de la santé, le Prof. A_____ cite « actuellement, le déconditionnement global, légère diminution du rendement, fatigabilité augmentée, hernie discale paramédiane gauche L4-L5, sans atteinte radiculaire clinique actuellement, discarthrose lombosacrée, probable lucite polymorphe. »

Au sujet de la capacité résiduelle de travail, le Prof A_____ répond « cependant, associée aux troubles thymiques et aux problèmes de personnalité, sa fragilité fait que cette patiente est certainement diminuée dans sa capacité. J'évalue sa capacité actuelle globale à 60%. »

Enfin, en ce qui concerne les mesures médicales pouvant améliorer, le cas échéant, la capacité de travail, le Prof. A_____ précise « un travail de reconditionnement physique sur 3 à 6 mois serait à prévoir si le contexte psychique le permet. Ce dernier est essentiel aussi pour le pronostic lombosacré. Les lombosciatalgies répondent en général à de telles approches. Un geste neurochirurgical n'est, à mon avis, pas à discuter actuellement. »

37. Pour sa part, dans son rapport du 25 janvier 2010, le Dr B_____ retient les diagnostics de F33.1 trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et traits de personnalité anxieuse (et obsessionnelle).

Dans l'appréciation du cas, le Dr. B_____ expose : « L'expertisée souffre depuis près de trois ans d'un état de fatigue persistante, intense et invalidante, que les multiples investigations cliniques et para-cliniques ne permettent pas d'expliquer entièrement. La découverte, en 2006, d'un syndrome des jambes sans repos peut en rendre partiellement compte, mais, de l'avis des spécialistes, cette pathologie du sommeil ne provoque généralement pas une fatigue aussi marquée.

Il faut relever, dans les antécédents psychiatriques, un épisode dépressif apparu dans l'année 1993, qui a duré de nombreux mois et fut particulièrement sévère, si l'on en croit la description qu'en donne l'expertisée (cf. anamnèse psychiatrique). Cette dépression a entraîné une longue interruption de l'activité professionnelle et un isolement social et affectif qui persiste aujourd'hui. Ce n'est que plus tard, en 1997, qu'elle a bénéficié d'une première prise en charge psychiatrique. Les traitements pharmacologiques ont été souvent peu efficaces et grevés de nombreux effets secondaires.

A l'époque de notre investigation l'expertisée présentait un état dépressif d'un degré de gravité moyen, ainsi qu'une symptomatologie anxieuse diffuse, laquelle ne remplissait pas formellement les critères d'un trouble anxieux caractérisé (ni anxiété généralisée, ni trouble panique, ni phobie sociale). L'évaluation de la personnalité au moyen d'un auto-questionnaire, ainsi que certains éléments de l'anamnèse, révèlent l'existence de traits anxieux et dépendants, peut-être aussi obsessionnels (perfectionnisme, rigidité, obstination). En conclusion, il existe un état dépressif et anxieux, mais qui ne permet pas de rendre entièrement compte du degré d'épuisement décrit par l'expertisée. »

Le Dr B_____ constate que les troubles physiques (mouvements périodiques des jambes pendant le sommeil) et psychiques (état dépressif persistant) constituent une atteinte invalidante. Au sujet de la capacité résiduelle de travail, le Dr. B_____ précise que les effets conjugués du syndrome des jambes sans repos et de l'état dépressif et anxieux ne réduisent que partiellement la capacité de travail. Il existe donc, théoriquement, une capacité résiduelle. A ce sujet, le Dr. B_____ précise « Nous évaluons la capacité résiduelle de travail à 50%. Cette estimation se fonde sur la nature et la gravité des troubles constatés (mouvements périodiques des jambes pendant le sommeil ; état dépressif persistant, actuellement d'un degré de sévérité moyen), mais elle est purement théorique, car l'expertisée décrit un état d'épuisement incompatible avec une quelconque activité. Il est cependant inhabituel qu'une dépression se caractérise par une fatigue aussi marquée et invalidante, alors que les autres symptômes du trouble sont d'une intensité moindre. De plus les investigations médicales et para-

médicales se poursuivent, elles pourraient apporter à l'avenir d'autres explications à cet état d'épuisement. »

En conclusion, le Dr B_____ relève que l'évolution de l'état dépressif présente un pronostic défavorable et, en résumé, les troubles physiques et psychiques dont souffre l'expertisée entraînent une diminution de sa capacité de travail d'au moins 50%.

38. Appelée à se déterminer sur les rapports d'expertise, la recourante s'en rapporte à ses écritures.
39. De son côté, l'OAI a soumis les rapports d'expertise au SMR qui relève, au sujet de l'expertise du Dr. A_____ : « Pour l'expert, le syndrome des jambes sans repos est actuellement présent comme il était déjà décrit auparavant et pourrait participer à la fatigue décrite de l'assurée. Toutefois, ce syndrome ne réveille pas l'assurée et nous ne comprenons pas pourquoi celui-ci aurait un impact sur sa capacité de travail, qui ne dépasserait pas les 40%. Soit le syndrome des jambes sans repos à un impact puisqu'il réveille l'assurée entraînant une fatigue soit il n'en a pas et il n'y a aucune raison pour que celui-ci ait une répercussion même à hauteur de moins de 40%. Pour l'expert, les répercussions sont légères à modérées avec, au niveau des fonctions cognitives, un examen neuropsychologique qui reste dans les limites de la norme. L'expertise du Professeur A_____ est donc quelque peu surprenante quant à ses répercussions sur la capacité de travail, puisque quelque chose de mineur engendre finalement des répercussions sur la capacité de travail alors que dans une situation parfaitement normale, l'assurée ne présenterait aucune incapacité de travail objectivement reconnue par ses médecins traitants avec ce type de pathologie somatique mineure. »

En ce qui concerne l'expertise psychiatrique du Dr. B_____, le SMR constate que « la seule chose que retient l'expert est qu'elle a parfois montré des traits d'anxiété, ce qui avait déjà été retenu par le SMR mais qui n'avait pas été retenu comme ayant des répercussions sur la capacité de travail... Objectivement, cette assurée a une thymie neutre et ne présente aucun critère diagnostic parlant en faveur d'un épisode dépressif moyen. D'ailleurs, l'appréciation du cas est extrêmement succincte et ne permet pas de comprendre les conclusions de l'expert. »

L_____ de cette analyse, l'OAI, s'appuyant sur la jurisprudence en matière de valeur probante notamment des expertises, relève que les conclusions des expertises de Drs A_____ et B_____ ne peuvent être suivies et conclut au rejet du recours.

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 prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
3. Le litige porte essentiellement sur l'appréciation du degré de capacité de travail et sur la question du caractère invalidant de la dépression récurrente avec trouble de la personnalité anxieux dont souffre la recourante.
4. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).
5. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales,

il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

6. 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. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité 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.
7. 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).
8. La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2, 119 V 470 consid. 2b, 116 V 249 consid. 1b et les arrêts cités; ATFA non publiés du 16 juin 2005, I 425/04 et U 174/04).
9. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par

une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

10. En l'occurrence, depuis 1997, l'assurée est suivie par plusieurs médecins psychiatres, à savoir la Dresse M _____, le Dr. N _____, la Dresse O _____, le Dr. P _____, la Dresse Q _____, et enfin le Dr. R _____ et de nombreux rapports médicaux se trouvent au dossier. En outre, dans un rapport du 25 avril 2007, le Dr. S _____, neuro-psychiatre, a notamment expliqué que la recourante présentait, pendant le sommeil, des mouvements périodiques. Il précise encore « comme autre pathologie la patiente présente une fatigabilité durant la journée, cette fatigue est à mettre sur le compte d'un probable état dépressif. »

Dans un rapport du 16 mai 2007, le Dr. P _____, psychiatre, et Madame D _____, psychologue, ont diagnostiqué chez l'assurée un trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques et une personnalité anxieuse. Le 6 novembre 2007, le Dr. T _____, médecin-généraliste, relève les diagnostics suivants : état dépressif chronique épisode moyen à sévère, (état anxieux chronique), personnalité anxieuse. Le Dr T _____ confirme, à cette occasion, une incapacité de travail à 100 %, un état de santé de l'assurée stationnaire et un pronostic très réservé.

Le 14 janvier 2008, l'assurée a subi un examen psychiatrique qui a fait l'objet d'un rapport de la Dresse U _____ et de la Dresse V _____, médecins du Service médical régional AI (ci-après le SMR), en date du 28 janvier 2008 et qui conclut à l'absence de pathologie psychiatrique invalidante et à la capacité de travail exigible à 100% dans toute activité.

Sur le plan neurologique, figurent également au dossier un courrier du Dr. L _____, neurologue FMH qui a diagnostiqué un syndrome cervical et radiculaire essentiellement algique gauche, d'un niveau vraisemblablement C6.

Se trouvent enfin au dossier les rapports des expertises du Prof. A _____, neurologue, et du Dr. B _____, psychiatre, des 21 octobre 2009 et 25 janvier 2010. Il convient dès lors de déterminer la valeur probante, en particulier, des expertises du 21 octobre 2009 et 25 janvier 2010.

L'expertise du Prof. A _____ expose l'anamnèse, fait état des plaintes de la recourante, du status neurologique, pose des diagnostics, formule une appréciation du cas et répondant aux questions évalue la capacité de travail actuelle globale de la recourante à 60%. De son côté, le Dr. B _____ a également exposé une

anamnèse détaillée tant sur le plan familiale, personnelle et professionnelle que au niveau médical et psychiatrique, a pris note des données subjectives de la personne (description des plaintes) et des constatations objectives (status psychiatrique), a posé des diagnostics psychiatriques (selon la CIM-10) a formulé une appréciation du cas et enfin a répondu clairement et de manière circonstanciée aux questions formulées dans la mission d'expertise, en concluant notamment à l'évaluation d'une capacité résiduelle de travail à 50%. Le Dr. B _____, formulant des remarques et commentaires, relève « en résumé, les troubles physiques (mouvements périodiques des membres durant le sommeil) et psychiques (état dépressif persistant, actuellement d'un degré de sévérité moyen) dont souffre l'expertisée entraînent une diminution de sa capacité de travail d'au moins 50%.

Les conclusions étant motivées et dépourvues de contradiction, ces expertises répondent à tous les réquisits pour leur voir attribuer pleine valeur probante, Le Tribunal se ralliera aux conclusions des experts, à savoir que la capacité résiduelle de la recourante s'élève à 50% en raison des troubles psychiques et physiques dont elle souffre.

11. Selon l'art. 29 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2007, 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). Conformément à l'art. 29 al. 2 LAI, la rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré. En vertu de l'art. 29 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPG, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré. Toutefois, cette réglementation n'est pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1er janvier 2008, ce qui est le cas en l'espèce.

En l'occurrence, lors de la comparution personnelle du 18 septembre 2008, la recourante a précisé qu'elle avait travaillé en dernier lieu auprès d'une association, le Groupe Sida Genève, durant quinze mois, de janvier 2006 à mars 2007. En outre, le Dr. T _____ a indiqué, dans un certificat médical, que la recourante présentait une incapacité de travail depuis le 1^{er} septembre 2007. Considérant le délai d'attente d'une année, la demi-rente devra être allouée dès le 1^{er} septembre 2008.

12. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours doit donc être partiellement admis en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente dès le 1^{er} septembre 2008. La décision du 9 mai 2008 doit donc être annulée.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA) et l'intimé supportera les frais de justice fixés à 200 fr..

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision 9 mai 2008.
4. Dit que la recourante a droit à une demi-rente dès le 1^{er} septembre 2008.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens.
6. Met un émolument de 200 fr. à 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

Irène PONCET

Georges ZUFFEREY

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